



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**CENTRO DE HUMANIDADES**  
**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**ALINE TELES DE ANDRADE**

**O ESCALONAMENTO DO CUIDADO COMO ESTRATÉGIA DE ORGANIZAÇÃO  
DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE**

**FORTALEZA**

**2023**

**ALINE TELES DE ANDRADE**

**O ESCALONAMENTO DO CUIDADO COMO ESTRATÉGIA DE ORGANIZAÇÃO  
DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, do Departamento de Psicologia, do Centro de Humanidades, da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Orientador: Aluísio Ferreira de Lima

**FORTALEZA**

**2023**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

A565 Andrade, Aline Teles de.  
O escalonamento do cuidado como estratégia de organização da rede de atenção psicossocial e fortalecimento da atenção primária à saúde / Aline Teles de Andrade. – 2023.  
181 f.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Fortaleza, 2023.

Orientação: Prof. Dr. Aluisio Ferreira de Lima.

1. Saúde Mental. 2. Sistema de Saúde. 3. Escalonamento do Cuidado. 4. Rede de Atenção à Saúde. I.  
Titulo.

CDD 150

---

ALINE TELES DE ANDRADE

O ESCALONAMENTO DO CUIDADO COMO ESTRATÉGIA DE ORGANIZAÇÃO DA  
REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, do Departamento de Psicologia, do Centro de Humanidades, da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Aprovado em: 20 de janeiro de 2023

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Aluísio Ferreira de Lima (Orientador)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Jurema Barros Dantas  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dr. Henrique Figueiredo Carneiro  
Universidade de Pernambuco (UPE)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr. Sandra Lúcia Correia Lima Fortes  
Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Tais Bleicher  
Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)

A minha família: aos meus pais, que nunca mediram esforços para nos educar; aos meus irmãos, meu porto seguro; aos meus amados sobrinhos, que me impulsionam a ser uma pessoa melhor; aos meus tios Ana Júlia, Maria de Jesus, Maria de Fátima e Dedim, por sempre me acolheram e me apoiaram.

Ao Sistema Único de Saúde e a Universidade Pública que forjaram a profissional que sou.

## AGRADECIMENTOS

A todos os trabalhadores de Saúde Mental que seguem resistindo e acreditando numa forma de cuidado ética, que mesmo em tempos de desmonte seguem produzindo potência. Minha admiração!

Aos colegas e professores do Programa de Pós-graduação em Psicologia (Pos-psi) da Universidade Federal do Ceará (UFC), pelo convívio e aprendizado.

Aos colegas do Grupo de Estudos (Paralaxe) pela troca de ideias e o companheirismo ao desbravarmos os desafios da pesquisa.

Um agradecimento muito carinhoso e especial às minhas amigas da vida, Márcia Uchoa, Mariana Reis, Alessandra Xavier, Maira Ramos, Anne Silveira, Sarah Py-Daniel pelas contribuições nos momentos informais de construção deste trabalho, pelo companheirismo, amizade e afeto que tornaram essa jornada mais leve e colorida.

À minha nova amiga, Isabella, que prontamente me auxiliou nas leituras e revisão do material, mesmo nos finais de semana e feriados. Foi fundamental ter sua interlocução, seu olhar sensível e obsessivo, para que eu não desistisse no meio do caminho. Meu muito obrigada!

Um agradecimento muito especial ao meu orientador Prof. Dr. Aluísio Ferreira de Lima, por ter embarcado nessa empreitada, acolhendo momentos de angústia e proporcionando discussões que sustentaram essa pesquisa. Minha eterna gratidão por ter acreditado, mesmo quando eu não acreditava, e por ter me dado liberdade para devanear.

Aos Professores Dr. Henrique Figueiredo Carneiro, Dra. Jurema Barros Dantas, Dra. Sandra Lúcia Correia Lima Fortes, Dra. Tais Bleicher, que tanto me inspiraram nessa construção e generosamente aceitaram participar da banca examinadora desta pesquisa, com suas considerações e críticas.

A questão de saber quais tipos de instituições devemos criar é uma questão capital, mas eu não posso trazer a resposta. Nosso trabalho, penso eu, é tentar elaborar uma solução. (Michel Foucault, 2004, p. 275).

## RESUMO

Essa tese nasce de várias provocações quanto ao desempenho da Rede de Atenção Psicossocial no Brasil. Pautada em diretrizes que fomentam a integração com os outros níveis de atenção, no cuidado integral, ético e singular. No âmbito da Saúde Mental, presenciamos ainda grandes desafios em integrar a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS no próprio setor saúde, que ora foca-se nos cuidados especializados, ora nos Hospitais psiquiátricos, ora nos Centros de Atenção Psicossocial. É preciso avançar para outros setores e investir na intersetorialidade. É preciso olhar para dentro e arrumar a casa, caso se queira obter êxito nessa empreitada. Dada a emergência dessa discussão e organização, essa tese apresenta quatro artigos de revisão de literatura que se propuseram a enveredar nas bases dessa questão. A começar por um passeio sobre a história da saúde pública no Brasil e desvelar os diferentes interesses que seguem atravessando a política pública ao longo dos anos. O segundo artigo trata de um mergulho na forma como o Sistema Único de Saúde vem se organizando, desde a década de 1990, para tornar realidade na vida dos seus usuários, os princípios da universalidade, integralidade e equidade. O terceiro artigo afunila para uma análise documental sobre como a Rede de Atenção Psicossocial vem sendo delineada pelo Governo Federal, mediante as normativas publicadas entre os anos de 2010 a 2020. O quarto capítulo faz uma revisão integrativa sobre as evidências produzidas no cenário mundial, nos últimos cinco anos, sobre como os cuidados escalonados vêm sendo utilizados para contribuir com a organização dos serviços de saúde mental em diferentes contextos. E por fim, foi apresentada uma proposta para potencializar a organização da rede de saúde mental, pautada nos princípios de organização do SUS, no modelo de cuidados escalonados e focada na potencialização do papel da Atenção Primária à Saúde - APS nas estratégias de cuidados em saúde mental. Apesar das evidências apontarem para a eficácia do modelo de organização dos sistemas de saúde que possuem a APS como ordenadora da rede de cuidados, e do modelo de cuidados escalonados como estratégia para integrar os cuidados em saúde mental, o modelo proposto precisa ter sua aplicabilidade ajustada, monitorada e avaliada em território brasileiro, com todas as suas singularidades e potências.

**Palavras-chave:** saúde mental; sistema de saúde; escalonamento do cuidado; rede de atenção à saúde.

## ABSTRACT

This thesis born of many provocations as for Psychosocial Attention Network development in Brazil. The foundation thesis was based in guidelines that promotes integration with other levels of care, in integral, ethical and unique care. In the context of mental health, we still witness big challenges to integrate psychosocial attention network – RAPS in health sector itself, which sometimes focuses on specialized care, or Psychiatric Hospital, or Psychosocial Support Centers. It is necessary proceed to other sectors and invest in intersectionality. It is necessary to look to inside and tidy up the house, if we want get success in this undertaking. In view of the fact of the emergency of this discussion and organization, this thesis presents four articles of literature review which set out to embark on the bases of this theme. To begin with a walk through the history of public health in Brazil and bare the different interests that continue to permeate public policy over the years. The second article goes into a diving on the way how the Brazilian National Health System (Unique Health System – SUS) has been building, since 1990 decade, to become universality, completeness and equity principles a reality on the life users. The third article narrows to a documentary analysis about how the Psychosocial Attention Network has been delineated by the Federal Government, wherewith published regulations between 2010 and 2020. The fourth article makes an integrative review about global scenario produced evidences, in the last five years, concerning how healthcare’s staggering has been used to contribute with mental health services organization in difference contexts. At last, a proposal to potentialize the mental health network organization was made in the chapter five, based on Brazilian National Health System (Unique Health System – SUS) organizational principles, on healthcare staggering model and focuses on Primary Health Care – APS role potentialization in the care strategies in mental health. Despite the evidence indicates efficacy of health systems organizational model to APS as healthcare network manager and healthcare’s staggering model as strategy to integrate mental health care, the proposed model needs that the applicability be adjusted, be monitored and be evaluated in Brazilian territory, with all its singularities and potencies.

**Keywords:** mental health, health system; healthcare’s staggering; health attention network.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1 – Blocos temáticos das portarias de consolidação .....</b>	<b>74</b>
<b>Figura 2 – Série histórica da expansão dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS – Brasil .....</b>	<b>76</b>
<b>Figura 3 – Propostas apresentadas no documento “Diretrizes para um Modelo de Atenção integral em Saúde Mental para o Brasil” da ABP.....</b>	<b>83</b>
<b>Figura 4 – Fluxograma de busca baseado no PRISMA.....</b>	<b>96</b>
<b>Figura 5 – Principais fatores de risco para transtornos mentais, de acordo com a linha de vida de cada indivíduo.....</b>	<b>119</b>
<b>Figura 6 – Fluxograma para atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos usuários com sofrimento mental agudo .....</b>	<b>128</b>
<b>Figura 7 - Fluxograma para atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos usuários com transtorno mental relacionados ao uso de álcool .....</b>	<b>129</b>
<b>Figura 8 – Prevalência estimada de acordo com os níveis de necessidade de cuidado..</b>	<b>140</b>
<b>Figura 9 – Fluxo de atendimento .....</b>	<b>144</b>
<b>Figura 10 – Pirâmide de intervenções em saúde mental e apoio psicossocial .....</b>	<b>150</b>

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1 – Distribuição dos artigos utilizados conforme autor e ano de publicação, título da obra, objetivo e resultados obtidos .....</b>	<b>55</b>
<b>Quadro 2 – Distribuição dos documentos oficiais utilizados neste estudo, de acordo com a título, objetivo e ano .....</b>	<b>57</b>
<b>Quadro 3 – Estratégias de buscas nos bancos de dados entre 2017-2022 .....</b>	<b>93</b>
<b>Quadro 4 – Relação do número, título, autores, ano de publicação, objetivos, local/país, tipo de estudo e banco de dados dos artigos incluídos na revisão .....</b>	<b>98</b>
<b>Quadro 5 – Artigos elegíveis para o estudo e conteúdos/assuntos abordados.....</b>	<b>102</b>
<b>Quadro 6 – Intervenções psicossociais de baixa intensidade .....</b>	<b>125</b>
<b>Quadro 7 – Princípios da intervenção breve e competências profissionais.....</b>	<b>127</b>
<b>Quadro 8 – Resumo das estratégias que compõem o Projeto Terapêutico Singular nos Centros de Atenção Psicossocial.....</b>	<b>131</b>
<b>Quadro 9 – Organização das ações de Saúde Mental no Modelo de Atenção às Condições Crônicas .....</b>	<b>142</b>
<b>Quadro 10 – Indicadores de processo .....</b>	<b>151</b>
<b>Quadro 11 – Indicadores de resultado .....</b>	<b>152</b>
<b>Quadro 12 – Indicadores de desenvolvimento de serviços .....</b>	<b>152</b>

## **LISTA DE GRÁFICOS**

<b>Gráfico 1 – Quantidade de artigos publicados versus o ano de publicação .....</b>	<b>104</b>
<b>Gráfico 2 – Indexação de acordo com os bancos de dados.....</b>	<b>105</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

8ª CNS	8ª Conferência Nacional de Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ANPG	Associação Nacional de Pós-graduandos
APS	Atenção Primária à Saúde
AUDIT	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-AD	Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outra Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil
CEIS	Complexo Econômico Industrial da Saúde
CIR	Comissões Intergestoras Regionais
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONAD	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONSEA	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
COREMU	Comissão de Residência Multiprofissional
CRAS	Centros de Referência de Assistência Social
CREAS	Centros de Referência Especializados de Assistência Social
CT	Comunidades Terapêuticas
DALY	<i>Disability-Adjusted Life Years</i>
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
EC	Emenda Constitucional
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
eSF	Equipe Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensão
IASC	Inter-Agency Standing Committee
INAPMS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MSN	Transtornos mentais, neurológicos e de uso de substâncias
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NHS	<i>National Health Service</i>
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OSS	Organização Social em Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização

PEC	Proposta de Emenda à Constituição
PET-SAÚDE	Programa de Educação para o Trabalho em Saúde
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PMM	Programa Mais Médicos
PPC	Policlínica Piquet Carneiro
PROADI-SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
SBIBAE	Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein
SCIELO-BRASIL	Brasil Scientific Electronic Library Online
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SisREG	Sistema de Regulação e Marcação de Consultas
SUS	Sistema Único de Saúde
TMC	Transtornos Mentais Comuns
TMG	Transtornos Mentais Graves
UBS	Unidade Básica de Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNINTA	Centro Universitário Inta
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UVA	Universidade Estadual do Vale do Acaraú
VGBL	Vida Gerador de Benefícios Livres
WHO	<i>World Health Organization</i>
WONCA	<i>World Organization of Family Doctors</i>

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>19</b>
<b>1 De boas intenções o inferno está cheio: um passeio panorâmico sobre as vicissitudes na construção do Sistema Único de Saúde – SUS .....</b>	<b>27</b>
<b>1.1 Percurso de construção do SUS</b>	<b>28</b>
<b>1.2 O SUS e os movimentos contrarreforma</b>	<b>34</b>
<b>1.3 SUSpirando: entre o Negacionismo e a Necropolítica</b>	<b>39</b>
<b>1.4 Considerações finais</b>	<b>44</b>
<b>2 Rede de Atenção à Saúde: Um arranjo organizacional para superar a fragmentação do cuidado.....</b>	<b>46</b>
<b>2.1 Os antecedentes e as tramas que tecem o Sistema Único de Saúde</b>	<b>47</b>
<b>2.2 A trajetória do Brasil na tessitura da sua Rede de Atenção à Saúde</b>	<b>50</b>
<b>2.3 Método: Sobre os caminhos para a compreensão das contribuições e desafios de organização em rede dos sistemas de saúde</b>	<b>55</b>
<b>2.4 Discussão</b>	<b>58</b>
<b>2.5 Últimas considerações para um desafio que está nas nossas mãos</b>	<b>62</b>
<b>3 ANÁLISE DOCUMENTAL SOBRE OS RUMOS DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL ENTRE OS ANOS DE 2010 A 2020.....</b>	<b>64</b>
<b>3.1 Introdução</b>	<b>64</b>
<b>3.2 Métodos</b>	<b>67</b>
<b>3.3 Resultados e discussão</b>	<b>69</b>
<b>3.4 Considerações Finais</b>	<b>86</b>
<b>4 Escalonamento do cuidado como estratégia para organização da Rede de Atenção Psicossocial: revisão integrativa .....</b>	<b>89</b>
<b>4.1 Introdução</b>	<b>89</b>
<b>4.2 Materiais e métodos</b>	<b>92</b>
<i>4.2.1 Caracterização do tipo de estudo</i>	<i>92</i>
<i>4.2.2 Questão de revisão</i>	<i>92</i>
<i>4.2.3 Pesquisas preliminares</i>	<i>93</i>
<i>4.2.4 Estratégias de buscas</i>	<i>93</i>
<i>4.2.5 Critérios de elegibilidade</i>	<i>94</i>
<i>4.2.6 Tipos de estudos incluídos</i>	<i>94</i>
<i>4.2.7 Processo de seleção dos estudos</i>	<i>95</i>

4.2.8 <i>Extração dos dados</i>	95
4.2.8 <i>Análise dos dados</i>	95
<b>4.3 Resultados</b>	<b>96</b>
4.3.1 <i>Análise de conteúdo</i>	101
4.3.2 <i>Indicadores bibliométricos</i>	104
4.3.3 <i>Métodos dos estudos incluídos</i>	105
4.3.4 <i>Regiões</i>	105
<b>4.4 Discussão</b>	<b>105</b>
4.4.1 <i>O modelo de cuidados escalonados</i>	106
4.4.2 <i>Avaliação do modelo</i>	110
<b>4.5 Considerações finais</b>	<b>113</b>
<b>5 nota técnica de saúde mental para organização da rede de atenção à saúde com foco nos processos de atenção primária à saúde e da atenção especializada .....</b>	<b>116</b>
<b>5.1 Proposta de organização da Rede de Atenção Psicossocial</b>	<b>116</b>
<b>5.2 Objetivos</b>	<b>117</b>
<b>5.3 Seção I – Mapeamento da população</b>	<b>118</b>
5.3.1 <i>Fatores de risco para desenvolvimento de agravos em saúde mental</i>	118
5.3.1.1 <i>Critérios para identificação e diagnóstico .....</i>	121
<b>5.4 Seção II – Competência dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial</b>	<b>122</b>
5.4.1 <i>Atenção Primária à Saúde</i>	123
5.4.2 <i>Demanda espontânea de saúde mental na Atenção Primária à Saúde</i>	127
5.4.3 <i>Atenção Especializada em Saúde Mental</i>	129
5.4.3.1 <i>Centros de Atenção Psicossocial .....</i>	129
5.4.3.2 <i>Equipe Multiprofissional Especializada em Saúde Mental .....</i>	133
5.4.4 <i>O cuidado escalonado e os critérios para encaminhamento da Atenção Primária à Saúde para a atenção (ambulatorial) especializada</i>	135
5.4.5 <i>Parâmetro para estimativa do público com critérios de encaminhamento para atendimento em serviços especializados em saúde mental</i>	139
5.4.5.1 <i>Critérios para definição de estabilidade.....</i>	140
5.4.6 <i>Reabilitação psicossocial</i>	141
<b>5.5 Seção III – A organização da assistência</b>	<b>142</b>
5.5.1 <i>Integração da rede e o processo de matriciamento</i>	145
5.5.1.1 <i>O matriciamento .....</i>	145
5.5.2 <i>Gestão do caso e o projeto terapêutico singular</i>	148

<i>5.5.3 A gestão do acompanhamento dos usuários com transtornos mentais</i>	<i>150</i>
<b>5.6 Seção IV – Monitoramento e avaliação</b>	<b>151</b>
<i>5.6.1 Monitoramento por meio da lista de pacientes em acompanhamento</i>	<i>151</i>
<i>5.6.2 Indicadores de processos, resultados e serviço na Atenção Primária</i>	<i>151</i>
<b>5.7 Considerações finais</b>	<b>153</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>154</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>160</b>

## APRESENTAÇÃO

A construção dessa tese é um reflexo de muitos anos de trabalho dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), onde constituí minha identidade profissional e cidadã influenciada pelos princípios da Reforma Sanitária e militando pelos ideais da Reforma Psiquiátrica nos serviços de saúde mental e em outras arenas de participação popular, como os conselhos e conferências de saúde. Para contextualizar meu objetivo de pesquisa, faz-se necessária uma breve digressão pelos espaços que ocupei, desempenhando funções na assistência, na coordenação de serviço e rede e, por último, na docência.

Iniciei minha carreira como psicóloga dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS II<sup>1</sup> e para álcool e outra Drogas - CAPS-AD - de Camocim, por dois anos, e, posteriormente, no CAPS-AD de Sobral, onde exerci a função de coordenadora por quatro anos, seguida da coordenação da Rede de Saúde Mental de Sobral por seis meses, em ambos sendo escolhas da equipe. Durante esse período, a supervisão clínico-institucional foi uma prioridade estratégica para os serviços, mediante elaboração e envio de projetos para concorrência dos editais do Ministério da Saúde e, na ausência destes, buscando apoio da gestão local para sua manutenção. Participei da elaboração dos projetos de supervisão, fui autora de 2 projetos de geração de renda contemplados pelo Ministério da Saúde – MS, e coautora do projeto da escola de redutores de danos, sendo esta a primeira e única escola do tipo aprovada no estado do Ceará.

Tive a oportunidade de contribuir na formação dos acadêmicos dos cursos de Psicologia, Odontologia, Medicina e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará - UFC- Campus Sobral e da Universidade Estadual do Vale do Acaraú - UVA-, na qualidade de preceptora do Programa de Educação para o Trabalho em Saúde - PET-SAÚDE- , entre os anos de 2011 e 2014. A principal função era promover a articulação e integração ensino-serviço-comunidade com os futuros trabalhadores do SUS, de forma a superar uma lacuna na formação ainda direcionada para especialidade e para o setor privado. Optei pela saída da gestão ao me envolver na implementação da residência multiprofissional em saúde mental de Sobral/CE. Participei de todo processo desde a seleção dos residentes, elaboração da grade curricular, proposta pedagógica e regulamento.

Apesar de convidada a permanecer na gestão da rede de saúde mental e assumir a coordenação do programa de residência, optei por não acumular funções e manter a coerência

---

<sup>1</sup> Compreende-se como CAPS II os Centros indicados para municípios ou regiões de saúde com população entre 70 e 150 mil habitantes.

naquilo que acredito, no que se refere à gestão do SUS e à seriedade com que precisa ser encarada, o que me levou a me tornar tutora do sistema saúde-escola, atuando, também, como apoio institucional aos serviços da rede.

Enquanto docente, facilitei módulos pertinentes ao conteúdo teórico do programa, bem como os programei, organizei e avaliei, além de ter supervisionado residentes em campo. Fui membro da Comissão de Residência Multiprofissional - COREMU - do município de Sobral/CE.

Meu desligamento se deu em 2014, por ocasião da minha aprovação no mestrado em saúde coletiva, na Universidade Estadual do Ceará - UECE. A escolha pela formação deu-se em virtude de enxergar minhas limitações acadêmicas frente ao desafio que assumi no processo formativo dos residentes e o desejo de desempenhá-la de forma satisfatória.

Apesar da vinculação com o trabalho, a carga horária do programa inviabilizou minha liberação e por consequência resultou no meu desligamento do programa de residência. Retorno, portanto, à Fortaleza, para casa dos meus pais, desempregada e sem bolsa. Durante esse período, consegui oportunidades de realizar trabalhos pontuais no campo da docência, que ampliaram meu conhecimento sobre as possibilidades de gestão e condução das políticas de saúde mental, como a preceptorial do projeto caminhos do cuidado, voltado à formação dos Agentes Comunitários de Saúde - ACS - e, posteriormente, à docência na escola de supervisores clínico-institucionais.

Entre os anos de 2015 e 2018, fui docente de disciplinas do curso de pós-graduação em Saúde Mental no estado do Ceará. Ministrei disciplinas como abordagens terapêuticas e política de álcool e outras drogas, na UECE; Políticas Públicas de Saúde, na Estácio de Sá-Ceará; Reabilitação Psicossocial e outros cursos em instituições de ensino menos robustas. No segundo semestre de 2015, assumi duas disciplinas no curso de medicina do Centro Universitário Inta - UNINTA -, em Sobral, psicologia médica, e método de pesquisa, experiência que me proporcionou conhecer a realidade dos acadêmicos de medicina: o flerte com o adoecimento mental, práticas de assédio, o estímulo à competitividade e ao tecnicismo como forma de alcançar a excelência, muitas vezes descolada do fator humano inerente ao exercício da profissão.

Após conclusão do curso de mestrado em 2015, fui convidada para assumir o cargo de supervisora do Núcleo de Atenção à Saúde Mental do Estado do Ceará, o qual ocupei até setembro de 2018. Minha missão passou a ser articular e planejar a Política de Atenção Psicossocial no âmbito das Redes de Atenção no estado, bem como oferecer suporte técnico

aos seus 184 municípios. Neste período surgiu o desejo de retornar à vida acadêmica e pesquisar o campo das políticas de saúde mental.

Ingressei na turma de doutorado em 2018, com o projeto voltado para pesquisar o forte retorno das comunidades terapêuticas, que vinha se desenhando no âmbito das políticas públicas e investigar que tipo de interesses e desejos estavam envolvidos nesse processo. Ainda em 2018, mudei o tema do projeto, alterando-o para pesquisar a Gestão Autônoma de Medicamentos – GAM - em usuários de Álcool e outras Drogas. A alteração ocorreu com a aproximação do grupo de pesquisa ao qual passei a integrar com pesquisadores de outras universidades nos países que lideravam um grande estudo sobre o tema.

Desde a especialização, quando estudei a temática do acolhimento nos serviços de atenção psicossocial, sentia a necessidade de levar para a pesquisa algo que fizesse sentido ao meu fazer profissional, ao meu cotidiano de trabalho e trouxesse alguma contribuição para o cenário no qual estava inserida. No mestrado, ocorreu o mesmo.

Enquanto coordenadora de um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS AD, buscava entender o esvaziamento destes serviços, ao passo em que a mídia alardeava uma epidemia de crack e as comunidades terapêuticas pleiteavam recursos financeiros e o lugar de serviço “resolutivo”. Portanto, fazer pesquisa precisa ir além da produção teórica em si. Deve produzir sentido para o pesquisador e contribuir para a realidade da comunidade na qual se está inserido. Com a pesquisa de doutorado não seria diferente.

Ao final de 2018, surgiu uma oportunidade de trabalho na Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein - SBIBAE. A oportunidade veio num ano de eleições estaduais, em que meu precarizado cargo estava em risco com a mudança de gestão. Trabalhar com saúde pública no Ceará significa ser terceirizado ou autônomo, trabalhando 40 horas semanais, ou mais, sem qualquer amparo da legislação trabalhista (férias, décimo terceiro salário, fundo de garantia ou mesmo a Carteira de Trabalho assinada).

Mudar para São Paulo para trabalhar numa das maiores instituições de saúde do país, com carteira assinada, depois de 15 anos de trabalho sem qualquer direito, pareceu-me o mais sensato a fazer, especialmente diante da onda de desemprego que tantos colegas qualificados enfrentavam. Porém, isso significou mudar de orientador, de projeto e tentar me encaixar nessa nova perspectiva de trabalho-estudo. Não foi uma tarefa fácil, mas necessária.

Viver num país que não valoriza a pesquisa inviabiliza a dedicação integral do acadêmico ao desenvolvimento de seu projeto, sendo um benefício para poucos. Ademais, o ano de 2018 foi marcado pelo corte de mais de 20% na concessão de bolsas de pós-graduação em relação ao ano de 2017, segundo a Associação Nacional de Pós-Graduandos - ANPG.

Considerando a extrema precarização do trabalho com políticas públicas no estado do Ceará, apesar de sermos referência para o restante do Brasil, e os desafios que se anunciavam no campo acadêmico, buscar novos horizontes pareceu-me a decisão mais acertada, apesar dos desdobramentos que isso traria.

O ano de 2019 foi de reajustes à nova cidade, ao novo trabalho, buscar um novo orientador e pensar em um novo projeto de pesquisa; entender as novas funções, atribuir sentido a elas, e entender suas contribuições para a população foram o primeiro desafio. Neste novo cenário, não tinha autonomia sobre o meu fazer e demorou longos meses até me apropriar de um espaço que fosse produtor de sentido e menos vulnerável às oscilações externas, por se tratar de um projeto. De comum acordo com meu chefe, pactuei usar um dos nossos campos de atuação para desenvolver minha pesquisa. A intenção era de aproveitar o espaço privilegiado junto a setores e atores estratégicos da política pública de saúde do Brasil e propor uma intervenção “humanamente útil”.

Foi de tal forma que o estado do Rio Grande do Sul entrou na pesquisa, ao manifestar interesse em ser piloto para a organização da atenção ambulatorial especializada em rede com a Atenção Primária à Saúde - APS. A proposta era fazer uma aproximação do modelo desenvolvido pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS - com a realidade de Saúde mental ainda pouco sistematizada, mas, com quem guarda significativa semelhança.

Apesar de trabalhar numa instituição privada, estou lotada no setor de responsabilidade social, trabalhando com a Planificação da Atenção à Saúde, por meio de um projeto do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde - PROADI-SUS. O programa está regulamentado pelo Ministério da Saúde desde 2009, pela lei federal 12.101, com vistas à transferência de tecnologias em prol do fortalecimento do SUS através de projetos trienais executados por instituições de excelência que possuem certificado de entidade beneficente.

O projeto desenvolvido pela SBIBAE é denominado “A organização da Atenção Ambulatorial Especializada em Rede com a Atenção Primária à Saúde”, com o objetivo de promover a integração da APS com a Atenção Ambulatorial Especializada, na perspectiva da Rede de Atenção à Saúde - RAS. As linhas de cuidado priorizadas são materno-infantil, hipertensão e diabetes. Pressupõem a existência, ou a estruturação, de um ambulatório de atenção especializada, regionalizado, organizado na lógica do Modelo de Atenção às Condições Crônicas - MACC.

A proposta do modelo de atenção proposto é fortalecer uma atenção especializada integrada à APS, rompendo com a hierarquização das relações entre os níveis de atenção, a

fragmentação do cuidado e fortalecendo o papel da APS como ordenadora da RAS. A Planificação da Atenção à Saúde ancora-se no MAAC e parte do pressuposto que a APS deve ser organizada em seus macros e micro processos para desempenhar o papel de ordenadora da Rede de Atenção à Saúde. Outro fator essencial é a adoção de uma linguagem comum entre os pontos da rede, as diretrizes clínicas baseadas em evidências.

Após manifestação de interesse pela Secretaria Estadual de Saúde - SES - do Rio Grande do Sul, foi indicada a região de Pelotas para pensarmos essa integração da APS com a linha de cuidado de Saúde Mental, em seus diversos pontos de atenção, incluindo, para tanto, a elaboração de protocolos, diretrizes e estratificação de risco, ferramentas importantes para a organização de qualquer rede de atenção, mas pouco explorada na Rede de Atenção Psicossocial - RAPS. O município escolhido foi São Lourenço do Sul, considerado uma referência na implementação da RAPS e que já havia solicitado ao ministério da Saúde a habilitação de uma equipe multidisciplinar em saúde mental, o equivalente ao ambulatório. A proposta seria organizar os processos de trabalho da APS, ao mesmo tempo em que o novo ambulatório se estruturava dentro da perspectiva do novo modelo.

A primeira visita ao município foi realizada em julho de 2019, com o objetivo de conhecer os trabalhadores e a rede de saúde local. Porém, em dezembro, os servidores estaduais entraram em greve, pleiteando melhores condições de trabalho, só voltando às atividades, de forma parcial, em fevereiro de 2020. Durante esse período, as atividades ficaram paralisadas no município, que passou por uma demissão em massa dos trabalhadores da Saúde Mental, os quais eram contratados por uma empresa que terceirizava os serviços. O episódio de demissões coletivas era algo esperado, já que acontecia sempre ao fim do contrato com a Organização Social que provia os recursos humanos.

Na sequência da greve e da demissão dos trabalhadores que mantinham a RAPS ativa, abateu-se sobre o país a pandemia do COVID-19, antes de mesmo de podermos voltar ao que seria o campo de minha pesquisa, desmobilizando de vez o pretense campo de pesquisa e alterando drasticamente a rotina de todo o Brasil.

A pandemia afetou o planeta como nunca visto antes. Portos e aeroportos fechados, comércio, indústrias e escolas paralisados, população confinada em suas residências (pelo menos quem as tinha). Apenas serviços “essenciais” possuíam autorização para funcionar ao longo de quase todo o primeiro semestre de 2020, abalando a economia mundial e escancarando a enorme desigualdade social na qual estamos mergulhados.

As instituições de ensino precisaram se readequar à nova realidade, ou ao “novo normal”, como ficou registrado o momento. Foi necessária uma reinvenção de todos os setores,

porque o mundo não podia parar, a economia não podia parar e os sistemas de saúde precisavam evitar o colapso que se anunciava.

A vida virtual passou a ser uma realidade constante e sufocante: *home office*, teleatendimentos, telematriciação, ensino remoto. As atividades de trabalho invadem a vida pessoal, rompendo os frágeis limites entre a vida corporativa e pessoal, reforçados por uma cultura de vigilância e monitoramento. As empresas foram quase obrigadas a implementar esse formato de trabalho sem o devido tempo para o amadurecimento e planejamento que o processo exigia, tornando os chefes inseguros quanto ao cumprimento das atividades/produtividades e aumentando a vigilância sobre os subordinados (que, por não estarem no mesmo espaço físico, sob suas vistas, poderiam não estar trabalhando). Como forma de reagir a essa vigilância, os funcionários passaram a demonstrar uma disponibilidade muito além do habitual. Mostrar serviço parecia ser a melhor forma de garantir seu emprego diante da onda de demissões que se instalava. As escolas aderiram ao ensino remoto diante da imprevisibilidade de retorno à “normalidade” e as atividades escolares passaram a ser mais uma atividade a ser gerenciada dentro dos lares.

O confinamento (para aqueles que podiam) gerou crises nas relações, sofrimento psíquico e adoecimento. Os serviços de saúde passaram a dedicar-se quase integralmente ao enfrentamento da pandemia. Unidades de atenção primária precisavam criar novos fluxos e maneiras de garantir a assistência dos sintomáticos, muitas vezes sem estrutura física e sem pessoal para mantê-las funcionando. Agentes comunitários de saúde não sabiam como manter as atividades territoriais de forma que pudessem garantir, também, a sua segurança. Unidades hospitalares direcionaram seus leitos quase que exclusivamente para o atendimento da COVID-19, ambulatorios tiveram suas equipes desfalcadas e realocadas para estratégias de enfrentamento à pandemia, limitando o acesso da população e o acompanhamento de outras condições de saúde.

A crise mundial no abastecimento de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) gerou ansiedade na população, que, agora, precisava incluir o uso de máscaras na sua rotina, e nos profissionais de saúde que precisavam seguir na linha de frente sem saber se teriam os insumos e as condições necessárias para se proteger e proteger seus familiares, que, uma vez expostos, tornar-se-iam fonte de contágio.

Lidar com o desconhecido e o fluxo intenso de novas informações dificultaram o planejamento e a continuidade dos treinamentos adequados e em tempo oportuno para as equipes de saúde que estavam atuando na linha de frente. No estado do Rio Grande Sul, não foi diferente do restante do país e foi assim que o projeto de pesquisa, novamente, paralisou.

Apesar do sofrimento psíquico ter se expressado de forma mais intensa, levantando várias discussões sobre a necessidade de investir em cuidados na saúde mental e na Rede de Atenção Psicossocial, as unidades de atenção primária limitaram seu escopo de atuação e os centros de atenção psicossocial interromperam várias atividades ofertadas à população.

Os anos de pandemia ressaltaram a importância do Sistema Único de Saúde num momento em que os cortes de recursos e ameaças de privatização da APS avançavam. Evidenciou uma crise humanitária e civilizatória, talvez maior que a própria crise sanitária e econômica. A pandemia e o governo Bolsonaro assolaram e assolam o País com a sinergia deletéria de uma parcela da população apoiadora e cúmplice que perdeu “a vergonha” de sua ignorância e que sustenta a crise ético-política anteriormente velada.

Em junho de 2020, as aulas do programa de pós-graduação foram retomadas no formato remoto e foi concretizada a necessidade de, mais uma vez, redirecionar o projeto de pesquisa. Essa nova proposta de projeto pretende fazer uma leitura crítica da saúde mental para além dos Centros de Atenção Psicossocial, contextualizando-a como parte de um sistema muito maior, o qual precisa melhorar suas formas de interação e a aceitação de que não seja ele o centro do mundo ou da Rede.

Foi preciso, então, repensar a própria pesquisa e como ela poderia seguir mantendo sua forte ligação com a imanência, com a prática e com, sobretudo, as limitações que a realidade histórica oferece. Desta maneira, a tese foi pensada numa perspectiva crítica na qual se analisará o bojo das políticas públicas de saúde no Brasil a partir da literatura disponível, documentos oficiais e arena de interesses.

Ainda no ano de 2020, o programa de Pós-graduação em Psicologia da UFC adotou, em seu regimento, um novo formato de tese organizada em artigos. Esse novo formato permitiu uma maior flexibilidade na construção da tese de doutorado, que, por se tratar de uma pesquisa desenvolvida no campo vivo, disputado e dinâmico da saúde mental, pode ter sua escrita e produtos publicados e encaminhados ao longo de sua confecção. Portanto, esta tese será dividida em cinco estudos que serão apresentados como capítulos. Esses estudos são distribuídos da seguinte forma: no Capítulo 1 apresento o primeiro artigo, que se trata de uma discussão sobre a política de saúde pública no Brasil e as lutas encampadas entre a população e os interesses mercadológicos. Na sequência, o capítulo de livro, publicado em “Psicologia Política e Políticas Públicas” (Furlan; Oliveira; Lima, 2022), será utilizado como Capítulo 2 e apresentará uma análise da forma de organização do Sistema Único de Saúde em rede, os desafios e as potencialidades deste tipo de organização para a população que dele depende. O Capítulo 3 é formado por um artigo que tem o propósito de situar a Rede de Atenção

Psicossocial para além dos CAPS e estabelecer diálogos com os fundamentos da reforma sanitária, com a intersectorialidade como estratégia de garantir a integralidade do cuidado e a redução do estigma. Outro artigo é incorporado no Capítulo 4 e apresenta uma revisão da literatura internacional sobre a estratégia de organização dos serviços de saúde mental com o modelo dos cuidados escalonados, a fim de situar as evidências já existentes sobre a proposta, propondo-se a delinear. Por fim, no Capítulo 5, apresento uma nota técnica, que havia sido publicada em 2021 (SBIBAE, 2021) de forma preliminar, (re)elaborada a partir das evidências coletadas nos artigos anteriores, que propõe uma forma de organização da RAPS, pautada no escalonamento do cuidado, tendo a APS como ordenadora da rede e não o CAPS.

Por fim, apresento as considerações finais que articulam como esses capítulos estruturam uma nova proposta de organização da RAPS, em consonância com os princípios do SUS, com a diretriz organizativa em rede e com a APS no centro dessa articulação, promovendo ações territoriais, preventivas, assistenciais, diagnósticas e de reabilitação, integradas com outros níveis de atenção. Por fim, o último capítulo propõe a apresentar instrumentos que potencializem o cuidado na APS, ampliando acesso e a integralidade do cuidado.

## **1<sup>2</sup> DE BOAS INTENÇÕES O INFERNO ESTÁ CHEIO: UM PASSEIO PANORÂMICO SOBRE AS VICISSITUDES NA CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS**

A história nos mostra que a construção de um projeto público de saúde está intimamente ligada aos aspectos políticos e econômicos, revelando como a saúde será objeto de atenção do Estado de acordo com a relação apresentada entre essas duas variáveis. É necessário, portanto, remontar a construção/criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a qual permite questionar os processos, suas multiplicidades, descontinuidades, incoerências e rupturas e suas relações com as produções discursivas científicas e os efeitos sobre as estratégias de disciplinamento dos corpos, para, assim, compreender os embates, os discursos e os jogos de forças que atuam na definição, produção e operacionalização da Saúde Pública no país.

A Política de saúde pública no Brasil sofreu, ao longo do tempo, diversas interferências do setor privado e dos interesses econômicos, desde sua constituição até sua efetivação (Baptista, 2007). Nossa Carta Magna e o SUS são testemunhas e resultado de uma luta efervescente que eclodiu no final da década de 1970 em busca de direitos básicos e da redemocratização do país. Pode-se dizer que a certidão de nascimento do nosso sistema público de saúde é a própria constituição de 1988, a constituição cidadã, que tem nos artigos 196, 197, 198, 199 e 200, seu alicerce, seu embrião. Assim, o principal marco legal do direito à saúde no Brasil começou com a inserção da saúde como bem jurídico fundamental na Constituição Federal de 1988. Em 1989, surgiu um projeto de lei que apresentou a necessidade de o Brasil ter uma lei federal de reconhecimento e proteção da saúde mental pelo lado dos direitos humanos, tendo em vista que essa já era uma tendência mundial em defesa de um novo modelo de atenção à saúde mental. De tal proposta surgiu a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira (Brasil, 2001; Sarlet, 2008).

Para tornar-se o que conhecemos hoje, foram necessárias várias normativas, desde as Leis n.º 8.080/90 e 8.142/90, que regulamentam o Sistema de Saúde, até as Normas Operacionais Básicas (NOB), as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS), os Decretos Presidenciais e as Emendas Constitucionais (EC). Todas editadas com a nobre incumbência de materializar a missão para a qual o SUS foi predestinado, muito bem representado no artigo seguinte:

---

<sup>2</sup> Esse primeiro artigo está em processo de submissão à revista do Conselho Federal de Psicologia.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

A concepção de políticas públicas já traz consigo essa compreensão de disputa, quando existe uma agenda com diversos atores (e interesses) envolvidos que definem aquilo a ser considerado objeto de uma intervenção do Estado e o que vem a ser um problema que justifique tal atenção (Mattos, 1999). Até chegarmos à conformação atual de sistema de saúde, muitas ameaças foram superadas, perdidas e diversas lutas travadas, especialmente, contra os interesses econômicos de uma elite burguesa. Esse jogo de forças mostra que a compreensão de saúde está diretamente relacionada com a noção de Estado e Cidadania.

Este artigo pretende fazer um breve resgate de momentos históricos que marcaram a construção das políticas públicas de saúde no Brasil, dando especial destaque aos diversos interesses envolvidos ao longo do tempo e que definiram o que temos hoje como sistema de saúde. Importante destacar que não se pretende fazer uma descrição minuciosa dos programas de todos os governos que já se passaram ao longo desse período, uma vez que seria impossível esgotá-las num único artigo. Portanto, pretende-se fazer um panorama geral de como chegou-se até aqui, por meio de episódios emblemáticos que retratam a sobreposição de forças que incidiram na construção do sistema de saúde brasileiro. Para tal, serão utilizados documentos oficiais, textos acadêmicos, reportagens da época e site de notícias, os quais serão analisados pelas perspectivas críticas.

## **1.1 Percurso de construção do SUS**

O presente é sempre construído por um passado que o habita e por um futuro que ele antecipa (Castoriadis, 2002, p. 129).

No Brasil colônia e império, a mão de obra era fundamentalmente escrava. Indivíduos desprovidos de direitos, de liberdade, de dignidade, e até mesmo de sua subjetividade, uma vez que eram vistos e tratados como propriedades, de tal maneira que as práticas de saúde centravam-se no atendimento individual para aqueles que podiam pagar pelos serviços médicos, por vezes realizados por barbeiros e boticárias, não havendo qualquer esboço de uma política de saúde. Aos escravos restavam-lhes apenas os cuidados oriundos de suas matrizes culturais e crenças, a proteção dos deuses e rituais de cuidados construídos ancestralmente e referenciados pela cultura de origem, pois, além de não terem acesso à medicina dos seus exploradores, adquiriram doenças contra as quais não tinham qualquer conhecimento ou defesa

imunológica. No período colonial não havia, portanto, qualquer regulamentação para realização dos cuidados em saúde e quando necessárias eram realizadas conforme os costumes de cada grupo (negros, indígenas, europeus) ou de sua capacidade de pagamento pelos serviços (Baptista, 2007).

Com a chegada da corte portuguesa ao Brasil e a ascensão da colônia à condição de sede do império, melhorias foram implementadas visando a acomodação da nobreza à nova realidade. Algumas iniciativas possuíam caráter coletivo como a criação das primeiras escolas de medicina, medidas de regulamentação da profissão e o “bom funcionamento da cidade”, porém, com forte cunho fiscalizatório, foco na supressão de doenças e punição dos infratores. O objetivo era a urbanização da nova capital do império, evitar a desordem que se instalava decorrente do crescimento não planejado e a melhoria da qualidade de vida da elite recém-chegada (UFOP, [s. d.]). A regulamentação do exercício da medicina, o aumento de profissionais no país e a necessidade de controle por parte do Estado de condições de saúde consideradas nocivas fomentaram a construção de diversos hospitais públicos, não mais dirigidos por religiosos, com o objetivo de isolar aqueles considerados prejudiciais ao bom funcionamento da sociedade como tuberculosos, doentes mentais e hansênicos (Batista, 2007).

No início do século XX, sob domínio da oligarquia cafeeira, o sanitarista Oswaldo Cruz liderou esforços para melhorar a saúde da população, com medidas duras e impopulares. A missão era promover a desinfecção de áreas públicas, mediante campanhas contra várias doenças infecciosas que atingiam, basicamente, a população mais pobre. O episódio mais emblemático dessa fase foi a criação de uma lei que tornava a vacinação obrigatória, com vistas à erradicação da varíola, melhoria da condição de saúde da população e, não menos importante, tornar os portos do Rio de Janeiro novamente atrativos ao comércio. Tal fato histórico ficou conhecido pela forte reação da população às medidas adotadas que deflagrou a chamada “revolta da vacina”. É digno de nota que esse também foi o período em que grandes expedições foram realizadas proporcionando um movimento de interiorização nos países, melhor conhecimento do território nacional e os principais desafios a serem enfrentados (Hochman, 1998).

O cenário descrito acima permite observar como o Estado passa a ser o representante do lugar de cuidado atrelado a um discurso de moralidade e necessidade de controle. O biopoder articula-se, dessa forma, a uma regulação produzida a partir do discurso biomédico como forma de “domesticação” dos corpos, controle social, transformação do hospital em espaço de tratamento, capilarização do discurso biomédico no campo da política, da regulamentação da

cidade, das normas de higienização e arquitetura urbana, no policiamento dos corpos e na higienização da vida, conforme podemos perceber no relato que segue:

A retirada à força da população dos ambientes a serem saneados foi constantemente acompanhada pela vigilância policial, pois temia-se que o povo se revoltasse, agredindo os agentes sanitários. Além disso, muitas vezes a polícia agia com violência sem motivo, reproduzindo as formas repressoras comumente empregadas pelo regime oligárquico contra os protestos coletivos como passeatas e greves (Bertolli, 1996, p. 27).

Na perspectiva do autor supracitado, o discurso da medicina engloba as questões políticas, demográficas, populacionais, as quais envolverão a medicalização dos corpos individuais e sociais. Porém, pode-se dizer que esse foi o primeiro esboço da tentativa de se fazer uma política de saúde voltada para os interesses da população e não do indivíduo. Contudo, a forte reação popular – decorrente inclusive dos esforços em higienizar “áreas nobres”, com a retirada arbitrária dos miseráveis e pessoas indesejadas dos seus locais de moradia para espaços mais afastados – desgastou a imagem do governo, obrigando-o a recuar na medida adotada.

Desta forma, o movimento sanitarista, apesar de fortemente marcado pelas ações campanhistas, não era, contudo, um movimento homogêneo. Havia um segmento deste movimento higienista que pregava a adoção de práticas e normas que visavam controlar os hábitos sociais e implementar uma nova ordem social alicerçada em valores morais, em pessoas produtivas e saudáveis. Os meios para tal eram diversos, dos mais sutis, como estratégias de educação, até esterilização com vistas a evitar o nascimento de incapazes, os mais extremos. Dentro dessa heterogeneidade do movimento, as intervenções do Estado variavam conforme origem e classe dos “beneficiados”, para os abastados, a educação higiênica e sexual; para os menos favorecidos e aqueles considerados passíveis de degeneração racial era a quem podia recair as possibilidades mais radicais como as ações de eugenia, para evitar a proliferação de mestiços, doentes e degenerados, seja pelo controle de quem poderia contrair casamento ou mesmo pela esterilização (Santos, 2012).

Tal movimento não foi de todo superado, pois revela processos complexos de exclusão, opressão e preconceito. Durante os áureos anos da reforma sanitária brasileira pairou na sociedade de forma velada, com ares de uma democracia racial pitoresca. Porém ressurgiu de forma escancarada nas eleições de 2016, em São Paulo, com Dória e sua promessa de uma Cidade Linda<sup>3</sup>, na qual poderia ser facilmente confundida com “Cidade Limpa”, já que se

---

<sup>3</sup> Notícia “João Dória é condenado por improbidade devido ao slogan ‘SP Cidade Linda’”. Disponível em: <https://vejasp.abril.com.br/cidades/joao-doria-e-condenado-por-improbidade-devido-ao-slogan-sp-cidade-linda/>

propunha a limpar muros pichados, apagando os grafites que coloriam a cidade com a arte de rua, expulsar os indesejáveis miseráveis e desamparados pelo Estado com jatos de água fria, apesar do rigoroso inverno paulistano ou, ainda, com as intervenções policiais na cracolândia, sob o pretexto de oferecer tratamento aos usuários de drogas (Amâncio, 2018).

Esse tipo de ação demarca o lugar do “normal”, do “aceitável” e do “higienicamente adequado”, além de confirmar a relação, historicamente criada, entre o uso de drogas, marginalização e associação aos comportamentos de escravos, e denuncia o tênue limite entre a esfera do que seria objeto da saúde e da polícia, que perpassam até os dias atuais e reforçam o desejo de adequação a um padrão subjetivo europeu e de produtividade.

O entrelaçamento de interesses que atravessa todo o campo político e de ações na área da saúde ao longo do tempo constitui um campo de tensões, na relação entre o biopoder e suas repercussões na biopolítica, enquanto o Estado tenta arrefecer o poder do cidadão e subjugar sua subjetividade, força e potência, apaziguando corpos, lutas e reivindicações. O Estado, como detentor da verdade sobre a organização dos modos de vida e de como um cidadão deve se portar, ser e agir obedecendo a uma matriz normativa discursiva (discurso biomédico) que será implementada e assumida de bom grado pelos sujeitos, pois “o Estado biopolítico governa pessoas, não como súditos submetidos a um poder central, mas indivíduos que participam de modo ativo da produção da vida coletiva” (Gallo, 2017. p. 86).

O arrefecimento das lutas e das reivindicações da população através da intervenção do Estado, travestido de benevolência, pode ser claramente ilustrado no período conhecido como “A Era Vargas”. Esse recorte histórico caracteriza-se pelo declínio da economia baseada nas oligarquias cafeeiras, sustentada, basicamente, pela mão de obra de imigrantes europeus, pela ascensão da industrialização no país, marcado por várias reformas administrativas, incluindo a dissolução da constituição vigente e por fortes perseguições políticas aos opositores do governo. Para sufocar as manifestações sociais, Vargas se utilizou, além da coerção, de políticas sociais e demagógicas associadas ao autoritarismo, de medidas populistas que o tornaram conhecido como o “pai dos pobres” (Bertolli, 1996). Inicia-se um período no qual o sistema brasileiro se organiza de forma protetora em relação aos trabalhadores, sem renunciar à sua função reguladora. Nesse modelo, apenas os trabalhadores que exerciam papéis de interesse para o estado eram beneficiados. Santos (1979) chamou esse contexto de “cidadania regulada” em contraponto a uma cidadania plena, na qual fossem garantidos os mesmos direitos a todos.

Durante este período, surge, na saúde, um novo modelo, voltado aos trabalhadores das indústrias, ferrovias e bancários, com os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs). No modelo, ainda não existia uma separação entre saúde e seguridade social, mas atendia aos

interesses dos sindicatos e da economia ao manter a mão de obra em condições de exploração, enquanto os trabalhadores sentiam-se amparados com a possibilidade de aposentadoria. Porém, apenas quem trabalhava e estava organizado em categorias/sindicatos tinha acesso à saúde, ou seja, quem podia pagar por ela; quem não podia permanecia desassistido. Destaca-se que a administração desses institutos estava ligada diretamente ao governo federal que assumia a presidência através de uma pessoa indicada pelo presidente, apesar de ter representante dos trabalhadores em sua composição (Andrade, 2003).

Isto posto, os fundos de aposentadoria e pensão funcionam como reservas econômicas do governo para subsidiar boa parte do processo de industrialização no país, o qual encontrava-se sem capital para realizar tal investimento apenas com o próprio tesouro. Não houve o devido retorno para a esfera das políticas públicas, enquanto o setor privado foi o grande beneficiado, inclusive na área da saúde, com facilidades e incentivos para construção de grandes complexos hospitalares, o que acabou causando autofagia ao modelo e falência do sistema previdenciário. (Andrade, 2003).

Esse percurso articula o conceito de relações de poder, abordado por Foucault, que ressalta os diversos mecanismos pelos quais esses elementos se expressam e são atravessados pelo sistema econômico, político e social, com o intuito de produzir sujeitos dóceis, adequados e submissos a normas e padrões que não necessitarão de coerção externa. Assim, os sujeitos apropriam-se através das estruturas sociais, das relações estabelecidas e das instituições que realizarão essa regulação comportamental de dentro do próprio sujeito para fora.

Em *Vigiar e Punir* (Foucault, 1977), a estrutura de manicômios, escolas, conventos e prisões, são descritas como portadores das mesmas lógicas disciplinares, por onde as relações de poder se expressam e se confirmam, as quais irão agir sobre os corpos, sendo introjetadas pelos indivíduos que aquiescem em sua forma de pensar, agir e sentir. Foucault irá nomear de tecnologias do eu o conjunto de técnicas e práticas internalizadas pelos sujeitos que irão forjar comportamentos sem questionamentos, como se fossem “naturais”, o que se expressa na satisfação dos trabalhadores com os fundos e a promessa de aposentadoria.

Através do uso do aparato ideológico, o poder se realiza de forma sutil, quase imperceptível, como se os sujeitos chegassem a considerar possuir liberdade sobre suas ações, sem se dar conta de que atendem a processos complexos de reprodução e manutenção da coerção sobre si e aos outros. A autocobrança para expressar-se dentro de uma normalidade e a exigência sobre o outro para que se comporte de acordo ao “aceito, o normal e o correto” irá encontrar, na ditadura militar, um solo fértil para a lógica disciplinar e o biopoder.

Neste contexto, é possível compreender como democracia e saúde estão intimamente interligados e como as práticas ditatoriais serão incompatíveis com uma atenção em saúde emancipatória e que questione a lógica biomédica. Pois conceder lugar de fala e participação ativa aos sujeitos nos processos de cuidado serão incompatíveis com processos de disciplinamento e opressão. Leite (1991) defende a existência de uma forte relação entre cidadania e políticas públicas, uma vez que o próprio conceito de cidadania é o componente estruturante dos princípios democráticos, encontram-se intrinsecamente interligados, conferindo aos cidadãos o poder e legitimidade de cobrar do Estado a implementação de políticas sociais que garantam o acesso ao conjunto de bens e serviços através da implementação de políticas sociais.

Na década de 1970, é promulgada a Lei do Sistema de Saúde, a Lei nº 6.229 que regulamenta as responsabilidades das esferas de governo em relação à proposta de um sistema de saúde. Em plena ditadura militar, o governo propunha organizações do sistema de saúde que valorizavam o modelo privatista de saúde, com base em atendimentos pelas especialidades médicas. Nesse período, surgem também movimentos de resistência política e produção de conteúdo no campo da saúde coletiva, aliando política e saúde. Esses movimentos seriam um ponto importante para o surgimento do SUS na próxima década, aliado ao contexto político que viria acontecer. Nasce, assim, o movimento de Reforma Sanitária, com articulação de intelectuais, movimentos da saúde, que, através do envolvimento de vários setores, inclusive o movimento popular, passa a pautar a saúde com um viés mais social, a partir de um conceito ampliado de saúde (Pava; Teixeira, 2014).

No bojo desse cenário efervescente para mobilizações, várias bandeiras foram levantadas, somando forças em prol de mudanças em torno da promoção de justiça social, garantia de direitos sociais, melhoria das condições de trabalho e que terão conquistas deflagradas a partir dos anos 80. Pode-se elencar ao processo de redemocratização do país, o movimento de reforma sanitária, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental e um movimento dentro da categoria de psicólogos que se soma a todas essas lutas, participando ativamente e rompendo com a atuação até então predominantemente elitista, inserindo-se no campo das políticas públicas (CFP, 2013).

Na busca por regulamentação e normativas para o funcionamento do sistema de saúde, outros atores e instituições passam a compor o cenário da construção e organização do SUS, a figura dos gestores da saúde, tendo com alguns dos seus representantes os secretários de saúde e organizações como Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e

dos Secretários Estaduais de Saúde liderados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).

No ano de 1986, acontece a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que tem como um dos seus frutos o texto para a Constituição Federal de 1988, a qual traz a saúde como direito de todos e dever do Estado e a proposição de um Sistema de Saúde Universal, que originaria o SUS. O documento apresenta uma proposta sistematizada de ações e serviços para o sistema de saúde que viria a se formar apontando ações de promoção, prevenção, e recuperação da saúde, transitando entre o âmbito individual e coletivo (Andrade, 2003).

Este movimento, contudo, encontrou barreiras e tensionamentos, a exemplo do texto da lei que formaliza o Sistema Único de Saúde que foi aprovado com alterações fundamentais para sua implantação, conforme proposto por ocasião da 8ª Conferência, como, por exemplo, a participação do setor privado. O constante jogo de forças e das relações de poder estabelecidas dentro da sociedade brasileira e, mais especificamente, nas questões relativas à saúde, envolvem aspectos econômicos das classes dominantes em contraponto aos interesses populares (Baptista, 2007). A saúde também é um importante e rentável segmento de mercado que movimenta interesses que se contrapõem às garantias e direitos universais.

## 1.2 O SUS e os movimentos contrarreforma

Não se cria igualdade por lei, ainda que não se consolide a igualdade sem a lei  
(Fleury, 1997, p. 34).

A manutenção das desigualdades socioeconômicas e o exercício do poder confundem-se, de forma a propiciar a manutenção do *status quo* que mantém as iniquidades existentes desde o Brasil colônia, através do fortalecimento de um sistema de valores, ideias e comportamentos que naturaliza essas desigualdades, invisibilizando a percepção de sua construção histórica, política e cultural.

Apesar do desejo de uma saúde como responsabilidade do Estado começar a ser gestado nos anos 70, com os primórdios da Reforma Sanitária, é na década de 90 que temos o marco legal de criação do SUS com a criação da Lei 8.080/90, que regulamenta a criação do SUS e, posteriormente, a Lei 8.142/90, que regulamenta as formas de financiamento desse sistema de saúde e a participação comunitária, com fins de limitar o poder do estado e ampliar o campo de forças atuantes nesta arena (através do exercício partilhado de poder via instâncias populares e conselhos que passam a poder fiscalizar, propor e controlar o exercício das políticas públicas e

as ações do Estado). Entretanto, a institucionalização da participação popular mediante promulgação de uma lei específica fragiliza a ideia genuína do que seria, ou se espera que seja, uma participação social livre e autônoma, portanto, não institucionalizada. Ao torná-la parte da estrutura tradicional, limita sua capacidade em se fazer representante dos anseios populares e fica suscetível de absorção ao discurso dominante, ao qual deveria se contrapor (Brasil, 1990).

O controle social fala de uma autonomia que não existe, porque o conselho é parte do poder executivo, é parte do Ministério da Saúde e parte das secretarias estaduais e municipais da saúde, é isso que está escrito. É a democratização do aparelho de Estado. Querer se comportar como sociedade civil é uma contradição enorme (...) (Escorel *apud* Faleiros *et al.*, 2006, p. 235).

A despeito de a promulgação da Constituição de 1988 ter sido uma resposta à sociedade, em decorrência do clima de intensa mobilização social, o documento contrariava interesses de alguns, em especial dos parlamentares que não almejavam mudanças significativas, nem a perda do poder. Por conseguinte, a lei orgânica da saúde (Lei n.º 8.080/90) sofreu diversos vetos do então presidente Fernando Collor até sua aprovação final, o que representou perdas significativas em relação à participação popular, à descentralização e ao financiamento do sistema de saúde (Bravo; Matos, 2002). Os vetos realizados impactam até hoje na implementação e efetivação do sistema de saúde, conforme instituído na Constituinte de 88 e desnuda o acirrado embate entre o projeto de reforma sanitária e o projeto privatista.

Ademais, o processo de transição democrática acontece de forma negociada. Não significou, portanto, mudança no sistema econômico nem no lugar das elites, sendo repactuado o lugar das mesmas no jogo do poder, haja vista a aliança entre partidos de esquerda e direita, bem como a permanência de membros da ditadura no governo, sem que houvesse grandes rupturas (Boschetti, 2006). Associado ao cenário econômico no qual o país se encontrava, devido ao aumento da dívida externa, inflação e desemprego, alimentou-se a ideia de que o Estado é um aparato caro e ineficaz, sendo necessária uma nova ordem baseada no estado mínimo.

Apesar das conquistas democráticas na década de 1980, o setor econômico foi permeado pela conjuntura de crise interna e externa, pela dificuldade na formulação de políticas econômicas de impacto positivo, pelo aprofundamento da dívida externa, pela disparidade na distribuição de renda e pela explosão de juros e taxas inflacionárias. Esse contexto de crise criou espaço para que as medidas de ajuste neoliberal se apresentassem como a solução para o alcance do avanço econômico no País (Borlini, 2010, p. 323).

Em 1989, com o objetivo de regular a ajuda aos países em desenvolvimento, em especial a América Latina, FMI e Banco Mundial elaboram uma série de medidas, conhecidas como o consenso de Washington (Fiori, 2001), o qual gerou uma série de impactos nos Países da

América Latina, especificamente o Brasil e Argentina, ao propor a intervenção mínima do estado, afrouxamento das leis trabalhistas, redução dos gastos públicos e privatização de estatais. Assim, pode-se dizer que os anos 90 foram a continuidade da reforma robusta promovida pelo modelo neoliberalista no Brasil, tendo os governos de Fernando Collor de Mello e Fernando Henrique Cardoso os seus ilustres representantes.

Merecem destaque as repercussões que incidiram sobre o jovem Sistema de Saúde ainda em fase de estruturação e implementação. Frente ao surgimento da nova promessa de uma saúde de qualidade, salta aos olhos o paradoxo refletido diante dos precários indicadores sociais e da importância de se pensar os determinantes sociais das doenças, quando os mesmos são pouco valorizados em relação às ações em saúde. Observa-se, também, o crescimento das Organizações Sociais em Saúde (OSS), que passam a se colocar como “componentes do Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS), o qual articula a geração e difusão de tecnologias, a dinâmica institucional social e a estruturação do Estado e sua relação com o setor privado” (Morais *et al.*, 2018. p. 2).

Desta forma, apesar de inseridas dentro da perspectiva do terceiro setor definida como “aquelas que são privados, não governamentais, sem fins lucrativos, autogovernadas, de associação voluntária ainda” (Brasil, 1998) é um tema polêmico, uma vez que as OSS estão diretamente associadas ao modelo gerencial neoliberal e desempenham função relevante no processo de privatização do sistema de saúde brasileiro.

Os dois governos de FHC (1995-2003) seguiram a mesma tônica do governo anterior em sua proposta de implementação de uma nova ordem, o neoliberalismo. O plano real era uma promessa de estabilização na economia do país, por meio de uma série de ajustes macroeconômicos, contrárias ao disposto na constituição. Apesar disso, houve marcos importantes no período, como o fomento ao Programa Saúde da Família (PSF), que reorienta o sistema de saúde, a regulamentação da atividade do ACS e aprovação da Emenda Constitucional n.º 29 (EC 29), com a pauta do financiamento do SUS e divisão de responsabilidades entre estados, municípios e união (Paim, 2007; Pasche *et al.*, 2006). Em termos de avanço nos princípios da reforma sanitária, calcado na justiça social, pouco se avançou, em virtude da primazia de um plano econômico com o qual não dialogava (Paim, 2008).

A Reforma Sanitária Brasileira reduziu-se a uma reforma parcial, inscrita nas suas dimensões setorial e institucional com a implantação do SUS [...]. Reconhece-se que um conjunto de iniciativas técnico-institucionais e sócio comunitárias foi se desenvolvendo no final da década de oitenta e nos anos noventa, conformando o seu processo de implementação numa conjuntura adversa, mas que pouco tem a ver com

a concepção ampliada de saúde na 8ª CNS e consagrada pela Constituição da República” (Paim, 2007, p. 256).

A ascensão de governos de esquerda no ano de 2003 gerou uma expectativa de mudanças significativas na estrutura do sistema, o que não aconteceu. O governo Lula, em seu primeiro mandato, manteve a linha política dos governos anteriores e pouco inovou em termos de saúde pública. A grande contribuição talvez tenha sido resgatar os princípios da reforma sanitária que deram origem ao SUS, trazendo uma repolitização para o setor, negligenciado nos governos anteriores, que pautaram aspectos meramente setoriais ou de financiamento (Menicucci, 2011). O movimento sanitário defendia que a reforma sanitária se tratava de um projeto social mais amplo e profundo do que uma reforma admirativa no setor saúde ou ampliação de serviços, e, portanto, precisaria do envolvimento de toda a sociedade para sua efetiva implementação.

O projeto de reforma é o da civilização humana, é um projeto civilizatório, que para se organizar precisa ter dentro dele princípios e valores que nós nunca devemos perder, para que a sociedade como um todo possa um dia expressar estes valores, pois o que queremos para a saúde é o que queremos para a sociedade brasileira (Brasil, 2003, p. 10).

No segundo mandato, ganharam destaque as políticas de inclusão e de desenvolvimento social, o que impactou nos determinantes sociais das doenças e ampliação significativa das ações e serviços de saúde – saúde bucal, saúde mental, Estratégia Saúde da Família (ESF) – e uma agenda mais pautada pelas políticas intersetoriais na busca de garantia do direito à saúde. Posto que a garantia da saúde como direito está além da garantia de serviços de saúde, ela ultrapassa a agenda setorial, exigindo a implantação de outras políticas públicas, como moradia, habitação, alimentação, emprego e renda (Menicucci, 2011).

O governo Lula, ao passo que estimulou o fortalecimento das diretrizes do SUS e a construção de uma concepção ampliada em saúde, conforme consta na constituição de 88, também deu amparo e subsídios para a expansão do empresariado da saúde, convivendo de forma pouco regular com o SUS, de forma predatória, enquanto o último seguia padecendo de investimentos e financiamento adequado (Machado *et al.*, 2017).

Dando seguimento ao governo do Partido dos Trabalhadores (PT), Dilma herda uma gestão repleta de instabilidade política e econômica, em decorrência do prolongamento da crise nos mercados financeiros, no ano de 2008. Somaram-se a esse contexto diversos protestos pelo país, a exemplo das manifestações de 2013, deflagrada em São Paulo contra o aumento do valor das passagens em transportes públicos. De uma forma geral, esses movimentos tiveram pautas heterogêneas e contaram com o apoio da grande mídia, de organismos internacionais e

movimentos neoconservadores. Requer realce a operação lava-jato, a qual acirrou o clima de polarização política e instabilidade das instituições. Apesar das tentativas de continuidade das ações iniciadas no governo anterior, pouco se avançou nesse caminho, especialmente no setor saúde. Ao contrário, cada vez mais concessões e flexibilizações foram feitas em favor da exploração do setor saúde pelo capital externo. Em meio às buscas por aumento de apoio e aumentar a frágil base do governo, o cargo de Ministro da Saúde foi importante barganha para alcançar este objetivo. O Programa Mais Médicos (PMM), lançado no governo Dilma com o objetivo de aumentar a oferta de médicos nas Unidades Atenção Primária à Saúde, gerou forte descontentamento dentro da categoria, disparando diversos movimentos de reação ao governo e ao programa. Diante do desgaste de tantas tensões e embates, com diversos setores, o segundo mandato de Dilma não chegou ao final, da mesma forma que o de Fernando Collor, por meio de *impeachment* (Machado *et al.*, 2017).

Tal qual ocorrido no *impeachment* de Collor, percebe-se a existência na sociedade brasileira de um sistema democrático além de jovem, frágil. Através do poder legislativo, o qual articula pressões sobre os demais poderes, e, muitas vezes, opera como concretizador dos anseios das elites, explicitado com sutileza e as forças que operam, bem como mandam nos rumos do país, conforme o desconforto das elites diante dos impactos financeiros e da cobrança por uma agenda de Governo, que priorize questões econômicas em detrimento das sociais. Do ponto de vista político, pode-se falar em uma crise da democracia, com visível esvaziamento das instituições democráticas, por uma lógica economicista, autoritária e tecnocrática, assumida pelos poderes executivos, cuja maior expressão são as práticas decretistas (Behring, 2006).

Nesse contexto, o vice-presidente da chapa Dilma assume a presidência do país, implementando um pacote de medidas, que, não por coincidência, haviam sido apresentadas pelo Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) entre os anos 2015 e 2016 e que tramitavam no congresso sem grande sucesso. Uma série de reformas, ou contrarreformas, são colocadas em pauta e aprofundam o sucateamento das políticas públicas – através das políticas de ajuste fiscal e congelamento das despesas públicas por até 20 anos instituídos pela Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 95 – e precarização dos direitos dos trabalhadores – reforma da previdência e trabalhista – em benefício dos interesses dos grandes conglomerados econômicos, sob a justificativa de tirar o país do crise e fazer a economia crescer (Bravo *et al.*, 2018).

Como o próprio nome indica, a PEC é um estratagema para desobrigar o Estado a cumprir com seus deveres constitucionais com a população. Apesar de sofrer críticas por diversos segmentos, a proposta é aprovada e congela investimentos da União na área social por

20 anos, sentenciando à morte por asfixia financeira o já sucateado sistema de saúde. Nesse cenário, o Ministério da Saúde acolhe, para gerir os interesses da pasta, a indicação de um deputado federal, que teve a campanha financiada por empresas de planos de saúde. Para tanto, e não por acaso, incorporou ao seu discurso a necessidade de se pensar um “SUS possível” e pautou a proposta de planos de saúde acessíveis para a população (Noronha *et al.*, 2018).

No setor privado, se tornaram visíveis a expansão de novos arranjos assistenciais como as clínicas de vizinhança e clínicas populares, bem como o desenvolvimento e fortalecimento de novas modalidades de pré-pagamento: planos populares, [Vida Gerador de Benefícios Livres] VGBL Saúde e franquias. É de se prever um aumento da desigualdade territorial por riqueza e da estratificação do atendimento e, da mesma forma, da concentração das inversões e inovações no setor privado de ponta. (Noronha *et al.*, 2018).

O processo de privatização ressurgiu de forma agressiva e explícita no governo Temer. O modelo neoliberal que passa a vigorar com maior intensidade diferencia-se do liberalismo clássico, que, segundo Foucault (2008), diferencia-se do primeiro ao propor um caráter intervencionista do Estado de forma a atuar para auxiliar na regulação do mercado, ou seja, a utilização do aparato do Estado a serviço do mercado. No campo da saúde irá se expressar com a implementação de ações que visem a conter os investimentos do Estado e as interferências em questões estruturais do Sistema Único de Saúde (Menezes; Moretti Reis, 2019).

O governo encerra com algumas medidas de contenção a crise econômica em andamento, porém, o pacote de medidas não envolve as elites, o empresariado ou mesmo do primeiro escalão do governo, o qual permanece repleto de privilégios e auxílios, para além dos régios salários.

Sob a perspectiva paralaxe a crise pode ser vista a partir da fabricação de diversos dispositivos de poder, seguindo Lima (2010), ao abordar críticas à reprodução funcional das racionalidades instrumentais que governam e administram os modos de viver sob novas perspectivas éticas e políticas na esfera pública, articuladas às formas sistêmicas do capitalismo tardio.

### **1.3 SUSpirando: entre o Negacionismo e a Necropolítica**

E daí? Lamento. Quer que eu faça o quê? Eu sou Messias, mas não faço milagre (Bolsonaro, 2020).

O clima de polarização, extremismo, negacionismo e combate à corrupção iniciado nas ruas, com o movimento contrário ao aumento das passagens de ônibus em São Paulo no ano de

2013, irradiou por todo o país. Contornos mais robustos tomaram forma com o movimento de *impeachment* de Dilma e a assunção de movimentos conservadores de extrema direita. Ancorado a um discurso de combate à corrupção, na religião e no resgate da moral e bons costumes, ao melhor estilo “Pátria, família e Deus”, segmentos religiosos, militares, neoliberais, das mídias e do poder judiciário aliaram-se no propósito de pleitear uma “Nova Política”, a qual encontrava solo fértil no medo, na crise econômica e na ignorância (Miskolci; Pereira, 2019).

Nesse misto de movimento messiânico, defesa do regime militar e suas atrocidades, disseminação de “*fake news*” e intolerância às diferenças, o movimento alavancou à condição de Mito a figura que agregava todas essas características. Não demorou para que Bolsonaro, um deputado que nunca teve atuação expressiva no exercício do cargo público ocupado há quase 30 anos, ascendesse ao cargo máximo do poder executivo, a Presidência da República. Tal façanha aconteceu sem que participasse de um único debate, momento privilegiado para os candidatos apresentarem suas propostas de governo à população.

Logo no primeiro dia de mandato, Bolsonaro extinguiu o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea) – órgão que teve fundamental importância para a criação de programas de combate à fome e de fomento à agricultura familiar e orgânica nos governos petistas –, ameaça ao princípio da universalidade, pelas novas regras de repasse de verbas estabelecidas no período, agravamento das questões sociais e desigualdades, diminuição dos investimentos nas políticas sociais, privatização. A nova política de drogas tirou da discussão diversos conselhos profissionais, como de psicologia, ao excluí-los da composição do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), ao passo em que expandiu o financiamento para as comunidades terapêuticas e fortaleceu a bancada evangélica, responsáveis por angariar 11 milhões dos votos válidos conquistados na eleição presidencial de 2018 (Brasil, 2019; Sales; Mariano, 2019).

Não se pode deixar de mencionar o crescimento da bancada da “bala” e as discussões sobre o armamento da população sob o pretexto de proteção do “cidadão de bem” (que merece viver e pode matar), bem como a bancada do “boi” a despeito das crises ambientais e diplomáticas no cenário mundial, além da ampliação quase que indiscriminada do uso de agrotóxico no país. Desde janeiro de 2019 já foram mais 800 pesticidas aprovados no país, alguns proibidos em vários lugares do planeta (Rede Brasil Atual, 2020). Ações como estas, que visam o enriquecimento e o lucro de segmentos específicos de mercado, são antes de tudo medidas contra a vida da população e contra a saúde pública:

Medidas tomadas em outras áreas também afetam a saúde da população, em particular, a flexibilização do porte de armas, a liberação irrestrita dos agrotóxicos e

a criação do grupo para trabalhar em prol da redução da taxa de cigarros (Menezes; Moretti; Reis, 2019).

Em contrapartida, pastas como a da cultura, educação e dos direitos humanos foram fragilizadas de forma quase sintomática de um governo que faz apologia à ditadura investe em projetos como “Escola sem Partido”, como forma de abolir o pensamento crítico. Além de reduzir o orçamento das universidades públicas e defender que bandido bom é bandido morto. Para melhor compreender o contexto no qual o país encontra-se mergulhado, seguem algumas frases emblemáticas daquele que o povo brasileiro elegeu como seu líder máximo:

“Vamos fuzilar a petralhada aqui do Acre” (Ribeiro, 2018).

“As minorias têm que se curvar para as maiorias” (Frases..., 2018).

“O erro da ditadura foi torturar e não matar” (Defensor..., 2016).

“Eu tenho pena do empresário no Brasil, porque é uma desgraça você ser patrão no nosso país, com tantos direitos trabalhistas” (Confira..., 2018).

“Prefiro que um filho meu morra num acidente do que apareça com um bigodudo por aí. Para mim ele vai ter morrido mesmo” (Bolsonaro..., 2011).

“Se é muito não sei, para mim é suficiente e não abro mão do que estou recebendo” (Bolsonaro..., 2018).

A eleição de Bolsonaro revela aspectos da cultura e subjetividade brasileiras como a violência, narcisismo, cinismo, autoritarismo e a violência (Costa, 1988), que serão marcas das ações e discursos desenvolvidos pelo Governo. Caracteriza um projeto político que apresenta aspectos fundantes de Necropolítica, pois, segundo Achille Mbembe, existe um acoplamento entre os diagramas de poder – soberania-disciplina-biopoder-biopolítica-necropolítica – se configurando numa bio-necropolítica que nos coloca frente aos desafios atuais para pensar a emergência e pulverização microcapilares das relações e mecanismos de poder, principalmente em contextos sociais advindos dos processos de colonização e onde os elementos de colonialidade ainda são fortes. Nesses contextos, a vida (a bios) não foi o lugar historicamente onde as redes de poder encontraram territórios privilegiados, mas a morte e a possibilidade do matável constituiu o organizador das relações sociais (Lima, 2018).

Durante a pandemia da COVID-19, Bolsonaro manifestou seu desrespeito à vida de forma contundente, diversificada e explícita. Contrariou protocolos da Organização Mundial da Saúde (OMS), provocou aglomerações, menosprezou medidas de proteção individual e coletiva, emitiu declarações levianas induzindo a população ao erro e a exposição desnecessária

ao vírus. Por fim, negligenciou o processo de vacinação e a elaboração de um plano nacional de imunização.

É necessário, porém, analisar como a pandemia se manifesta, especialmente em relação à população brasileira e quem mais sofre com esse vácuo na política de saúde. Embora o vírus seja democrático e tenha chegado aos pais de primeira classe, como *souvenir* trazido pelos ditos “cidadãos de bem” que foram passear na Europa, as medidas preventivas e assistenciais variam conforme as possibilidades (sociais, econômicas, educacionais...) de cada indivíduo, que, por consequência, definirão a evolução dos quadros clínicos da doença que mata aos milhares.

Cabe destacar que ser infectado se põe de igual forma para as pessoas, contudo, há diferenças nas medidas de prevenção e possibilidade de agravamento dos sinais e sintomas. No que tange à classe, observa-se que o baixo nível de escolaridade associado à pobreza extrema tem impacto direto no descumprimento às instruções de saúde pública (Estrela, 2020).

Destarte, não seria exagero pensar que a atual situação de negligência e negacionismo em relação à pandemia possui estreita relação com os objetivos do atual governo. Sendo injusto atribuir ao presidente à alcunha de doido, louco, retardado ou, mesmo, doente. Sua gestão goza de uma coerência aterradora. Desde muito antes de sua campanha mostrou-se contra os direitos fundamentais da pessoa humana, os direitos trabalhistas, as minorias, uma educação inclusiva e crítica.

Pode-se dizer que esse governo atualiza o conceito de soberania trabalhado por Foucault (1984), e exemplifica de forma clara o termo necropolítica, cunhado por Mbembe (2016). Explicita sem pudor a quem estamos deixando morrer, a quem estamos dando o direito de matar, a quem estamos elegendo como inimigos, especialmente se considerarmos os dados de um inquérito sorológico, no qual 69,8% dos casos positivos trabalham na informalidade e dependem exclusivamente do SUS e 61,2% pretos ou pardos (Chioro *et al.*, 2020). Desse modo, é possível inferir que o desmonte do SUS

é um processo de longo prazo, mas que se tornou mais intenso com o governo Bolsonaro. Para além do SUS, o que ocorre no governo em vigência são políticas voltadas à precarização das condições de vida e saúde da população, ou seja, políticas para a morte (Weiller, 2019. p. 237).

Apesar do forte apelo cristão, o projeto de governo de Bolsonaro antagoniza com qualquer projeto de saúde, uma vez que atua contra a vida. Os usos e abusos da religião com implicações na política, discutidos em trabalhos como “Política e Religião: Dallagnol em campanha junto à comunidade evangélica” (Azevedo, 2020) e no capítulo “Neoliberalismo e Neopentecostalismo: O que há para além do prefixo” (Souza, 2020) apontam o quanto é crítica

e danosa essa combinação nas diversas esferas da vida humana e na democracia brasileira, que sobrevive sob uma governamentalidade neoliberal cada vez mais distanciada dos ideais republicanos e onde a fé se tornou arma política do reacionarismo. A superação desses usos e abusos da Política e Religião como dispositivos seletivos é imprescindível para que se combata o “sofrimento ético-político da dialética exclusão/inclusão” do sistema de saúde brasileiro (Sawaia, 2004). Este artigo nasce no meio de uma pandemia e de uma crise política e de saúde, o que é fundamental para que possamos refletir suas causas e consequências dessa conjuntura (Milek *et al.*, 2020).

São vários os questionamentos que pulsam em torno da condução e sobrevivência das políticas públicas no Brasil: Como pensar numa rede de atenção integral, num país marcado pela desigualdade, pela corrupção e por diversos tipos de violências? Dominado pela elite branca, machista, racista, conservadora, classista e anti-igualitária que luta pela manutenção de privilégios (e não de direitos), qual o espaço para falar em Saúde enquanto justiça social? Que política é possível de ser implantada? Basta rememorarmos o prenúncio desse atual contexto:

Quarta, 27 de maio de 2020.

No momento em que escrevo o prefácio ao “Relações Indecentes”, um pouco mais da metade do Brasil assiste, pela televisão ou pela internet, confinada em uma prolongada quarentena contra o vírus Covid-19, grupos ralos e ruidosos que invadem as ruas e, protegidos por coturnos, clamam por ditadura e incitam aos correligionários que se armem; carros e buzinas transformados em instrumentos de guerra; ações policiais contra a direita dissidente do regime extremista de direita; e, enfim, uma reação do Poder Judiciário contra a escalada antidemocrática empreendida pelo presidente eleito em 2018, com a ajuda de seus *enfants terribles*, os número 01, 02, 03 e 041, todos eles atendendo pelo sobrenome do Nero brasileiro que incendeia o país enquanto grita alegremente impropérios, delira e destrói. Nesse dia 27 de maio, já se registram mais de 25 mil mortos pela COVID-19 e a indiferença oficial aos vitimados pelo vírus é o dado definitivo desse momento da história em que os brasileiros vivem sob a hegemonia da crueldade (NASIF, 2020, P. 4).

Estas inquietações são apresentadas para o campo da Psicologia Social Crítica, apontando o quanto o nosso sistema político se abriu para os interesses do capitalismo. Com isto, as instituições funcionam e cumprem o seu papel nesse momento histórico: o de simplesmente servir aos interesses do capitalismo, onde tudo se torna negociado, indo contra os valores humanos. As questões vão desde a revisão crítica de todo um tempo de neoliberalismo predominante que marcou a disputa entre os avanços de um modelo político, ainda liberal, de Estado Social, explicitado no constitucionalismo pós II Guerra Mundial, bem como nos processos de (re)democratização tanto europeia e latino-americana, a partir da década de 1980. Acrescenta-se a tentativa da escola hayekiana de refundação de um liberalismo clássico alicerçado em um capitalismo de tardio, passando pela emergência de uma transformação profunda nos espaços, atores e formas de atuação dos poderes, agora não mais

centrados na figura leviatânica do Estado Nação soberano, mas nas figuras dos agentes da governança cruel. A assunção destas questões torna-se mais evidente nos manifestos governamentais sobre o atual sistema de saúde brasileiro. A bandeira política de uma saúde pró capitalismo tem sido estruturada todos os dias, o que explica o surgimento de novas bandeiras, que segue debaixo do velho mote do anticomunismo, que possibilita também falarmos em Neoliberalismo e Neopentecostalismo (Ramos Filho *et al.*, 2019).

Para Habermas (2012), a questão pode ser compreendida como de agências da racionalidade instrumental, cujo imperativo sistêmico se manifesta por meio de dispositivos legais que reprimem os elementos práticos-morais, excluindo-os dos domínios da conduta da vida privada e da esfera pública política. Como diz Agamben (2007, p. 79), “todo dispositivo de poder é sempre duplo: por um lado, isso resulta de um comportamento individual de subjetivação e, por outro, da sua captura numa esfera separada”.

Nessa perspectiva, é possível identificar como a elite brasileira tem sacrificado os valores democráticos, que amparam o direito à saúde declarado na Constituição de 1988 e na base legal do SUS. O cenário atual revela projeto de danificação da vida e abandonado dos valores democráticos que fundam e sustentam o Sistema Único de Saúde.

Em tempo, até a finalização deste manuscrito, o então presidente Bolsonaro já possui 60 pedidos de *impeachment* impetrados na câmara dos deputados (IstoÉ, 2021), incluindo crime de responsabilidade, apologia à tortura e charlatanismo, ao induzir o uso de cloroquina pela população, durante a pandemia da COVID-19, mesmo sem qualquer evidência científica (Brasil, 2020).

#### **1.4 Considerações finais**

Ao longo dos anos, a saúde pública esteve associada aos interesses do mercado e da elite, conforme o cenário político e histórico de cada época, exigindo assim novas formas de enfrentamento adequadas a cada realidade, como possibilidade de resistência. O sistema de valores que atravessa a cultura e por consequência o cenário político são reveladores.

As relações entre saúde, cidadania e os princípios democráticos apresentam-se cada vez mais indissociáveis. O princípio da cidadania, na qualidade de acesso aos direitos e a condições de igualdade, e o papel ativo do sujeito no tensionamento junto ao Estado, para implantação de políticas públicas que propiciem o bem-estar social e o direito à vida, encontram-se relacionados aos processos democráticos e à representatividade que os anseios das camadas populares terão no jogo de forças de financiamentos e norteamo das políticas sociais.

Movimentos como aqueles ocorridos por ocasião da revolta da vacina, no período de redemocratização do país, ou mesmo aqueles ocorridos em 2013, impulsionados pelo aumento do preço nas passagens do transporte público, mostram a força que o protagonismo do povo pode alcançar na condução e definição da política pública, apesar do caráter heterogêneo em sua composição, objetivos e interesses. Logo, a noção de cidadania encontra-se intimamente ligada às políticas públicas, que, sendo um pilar estruturante da lógica democrática, legitima a prerrogativa da população em cobrar do Estado a implementação de políticas sociais que garantam o acesso ao conjunto de bens e serviços.

As políticas públicas em saúde, expressam, assim, o jogo de forças, as tensões, os conflitos, as desigualdades e, por vezes, os mecanismos perversos de dominação ideológica que atende a um projeto de sociedade com interesses econômicos nem sempre explícitos, sendo respaldado por um sistema de crenças e justificativas de discursos capazes de confundir projetos de morte, como se fossem estratégias adequadas de cuidado.

Os ataques ao SUS fragilizam a luta em busca de saúde na qualidade de direito universal e arregimentam forças para sua descredibilidade, desmobilizando a população que, ao invés de lutar pela garantia do seu direito constitucional, à vida e a saúde, canalizam esforços em legitimar o movimento de destruição sem dar-se conta que ficarão mais desamparados ainda, pois quem deveria estar lutando por sua melhoria foi cooptado em movimento que valida interesses contrários.

Desta forma, consideramos que uma das ferramentas possíveis para o debate e a formulação de políticas públicas em saúde é a necessidade do conhecimento histórico, das questões sociais que atravessam as suas configurações e dos sistemas de saberes que as justificam e a que interesses elas servem. Por óbvio que um projeto de governo pautado na educação de um povo não é condição *sine qua non* de todos os regimes democráticos, especialmente aqueles que seguem perpetrando a mesma lógica escravocrata em vestimentas modernas e dão total sentido as palavras de Darcy Ribeiro, ao afirmar que “a crise da educação no Brasil não é uma crise; é um projeto”. Assim, o que resta de um povo sem saúde e sem educação é a hegemonia da crueldade das vontades de uma elite que a cada dia sangra a democracia brasileira.

## **REFERÊNCIAS**

## **2<sup>a</sup> REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: UM ARRANJO ORGANIZACIONAL PARA SUPERAR A FRAGMENTAÇÃO DO CUIDADO**

Nos territórios, dimensão estratégica para as atuais Políticas Públicas de administração da sociedade, enraízam-se mecanismos complexos de produção e reprodução de vida e a prática de saúde desenvolvidos pelos equipamentos de saúde que são fortes instrumentos de construção de uma materialidade e imaterialidade que evidencia os atuais modos de construção das formas de vida. (...) As formas de vida são operadas desde as rugosidades (Santos, 2014) da vida local até os discursos técnicos sobre as parametrizações da vida; desde as técnicas utilizadas para os tratamentos de agravos em saúde até os modos organizativos de imersão de serviços de saúde nos locais de moradia; desde a construção de discursos do que é saudável até as restrições do que se pode ou não ofertar de serviços em uma unidade de saúde (Lima; Santos, p. 68).

O direito à saúde no Brasil é viabilizado por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como característica ser universal, integral e gratuito. Resultado da construção que contou com a participação direta ou indireta da sociedade civil, o SUS é o território de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho. Seguindo a definição das políticas públicas ele é dependente de programas, ações e decisões tomadas pelos governos nacional, estadual ou municipal que afetam a todos os cidadãos.

Quando recorremos a um olhar mais cuidadoso sobre a gênese e proposta de um sistema de saúde racional, integrado, regionalizado e que compreende a necessidade de saúde da população de um determinado território, o mesmo não é uma invenção brasileira. Ele foi desenhado pela primeira vez pelo médico britânico Dawson, na década de 1920, a pedido do governo. Dawson serviu ao Palácio britânico por vários anos e atuou junto às tropas do exército durante a Primeira Grande Guerra, onde vivenciou os benefícios da organização e do transporte na qualidade dos serviços em saúde. Algumas das premissas que sustentam a lógica de redes como a entendemos hoje foram descritas pelo relatório no período pós-guerra, diante da urgência de uma construção ordenada da política de saúde, em virtude do descompasso entre o avanço do conhecimento, da ciência e da disponibilidade de meios para manter a saúde da população. O relatório continha recomendações sobre a provisão sistematizada de serviços de saúde que deveriam estar disponíveis aos habitantes de uma determinada localidade e referenciada a centros de cuidados primários que disponibilizavam visitantes domiciliares e dispunham de consultores da atenção especializada quando necessário (OPAS, 1964).

---

<sup>4</sup> Esse artigo foi publicado, juntamente com o orientador, como capítulo no Livro *Psicologia Política e Políticas Públicas: Coleção Psicologia Política*. Ed CRV. Curitiba, Brasil 2022. p. 77-99.

Após a Segunda Grande Guerra, o cenário mundial se debruça sobre as consequências deixadas pelo conflito, do seu poder de destruição, que, em muito, foi proporcionado pelo avanço da ciência. O horror dos que sobreviveram ao holocausto, cidades inteiras destruídas, nações devastadas economicamente e uma explosão de miseráveis, sem casa, família, emprego e saúde, tornou imperioso o esforço coletivo pela manutenção da paz, visando a reconstrução das nações envolvidas, refletido no fortalecimento e criação de organismos internacionais para fomentar a cooperação mundial. Dentre eles, destaca-se a Organização das Nações Unidas (ONU), de onde se originou um eixo responsável pela saúde dos povos, de onde deriva a OMS em 1948 e, em 1958, seu escritório regional na América Latina, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), antiga Repartição Sanitária Pan-Americana. Outras iniciativas importantes datam deste período, como o Código de Nuremberg, em 1946, que, pela primeira vez, estabeleceu os limites éticos para pesquisas com seres humanos (Pires-Alves *et al.*, 2010).

## **2.1 Os antecedentes e as tramas que tecem o Sistema Único de Saúde**

O cenário em que a OMS se funda é um período em que os sistemas de proteção social se fortaleceram nos países europeus, que ficou conhecido como a “Era dourada do capitalismo”. Foi uma época na qual o desenvolvimento econômico e garantias sociais coexistiam, em grande medida pela expansão industrial que se estabelecia tanto nos países capitalistas, quanto nos socialistas. Assim, o período entre guerras favoreceu a consolidação do Estado de bem-estar social, que ganhou força em meio a efervescência de movimentos para a reorganização das nações, crescimento da economia mundial e uma crise político-social que precisava ser contornada. Essas tensões fomentavam iniciativas em direção a uma coesão social, como uma estratégia para realizar as transformações necessárias, porém sem mudanças estruturais e sem, no entanto, alterar o *status-quo*, especialmente, nos países capitalistas que precisavam evitar a eclosão de revoltas populares fruto do avanço dos partidos socialistas (Vicente, 2009).

A constituição da Organização Mundial da Saúde foi publicada formalmente no ano de 1946, em Nova York, apresentando, dentre os seus princípios, um conceito de saúde mais amplo, refletindo o cenário exposto acima, e descrito como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”. A partir de então, para se falar em saúde, coloca-se em pauta necessariamente os determinantes sociais da saúde da população, o impacto das desigualdades sociais e o papel do estado em garantir saúde através de medidas sanitárias e sociais.

No ano de 1978, aconteceu a Conferência de Alma-Ata realizada no Cazaquistão, com o lema “Saúde para todos”, que reafirma a noção ampliada de saúde e marca um momento de

ressignificação dos processos de saúde, formalizando a necessidade de um novo modelo de atenção orientado para as necessidades da população, que reconhece o imperativo de uma abordagem intersetorial, integrada aos determinantes sociais (Brasil, 2002b). Deste modo, a APS surge como estratégia prioritária para garantir o direito à saúde, ordenar o sistema de saúde, intervir nos processos de determinação social da saúde, reduzir desigualdades e ampliar o acesso a cuidados (OPAS, 2019).

Alma-Ata foi uma tentativa de reverter a crise decorrente do modelo hegemônico, médico centrado, que além de oneroso para o sistema, não gerava impacto na saúde da população, tampouco nos seus indicadores. Foi nesse bojo que, na década de 1980, os países neoliberais aderiram às propostas reformistas que tinham os cuidados primários como carro chefe para essa organização, em busca de uma melhor alocação da assistência, na racionalização do uso dos recursos disponíveis, mediante uma APS alicerçada nos princípios da medicina preventiva, na utilização de recursos de baixa densidade tecnológica, realizada o mais próximo possível do cotidiano da população, responsável pelo início da assistência em saúde com oferta de ações mínimas necessárias e articuladas com os demais níveis de atenção para seguimento do cuidado quando necessário (André; Takayanagui, 2017).

Inspirada nesse movimento mundial, a América Latina tem o período marcado pelo desenvolvimento dos sistemas de saúde, pautados pelo avanço dos regimes de proteção social, ao tempo em que vivenciava instabilidade econômica e governos ditatoriais (OPAS, 2007). No Brasil, vivia-se a fase de redemocratização do país e vários movimentos sociais pela garantia dos direitos sociais. Dentre eles, um sistema de saúde público e universal de saúde. Até a década de 1990, muitas reformas no setor da saúde foram disparadas nos países da região, incentivadas pelo avanço tecnológico, baixa qualidade dos serviços prestados, cortes no orçamento público para conter a crise econômica que alguns países atravessavam, advento de uma política mais agressiva de estado mínimo com o neoliberalismo e a própria remodelação do Estado com a reabertura democrática (OPAS, 2019).

A implementação da Atenção Primária à Saúde na região não se efetivou conforme preconizado pelos movimentos disparados em Alma Ata. Enquanto nos países desenvolvidos da Europa a APS se estruturou como porta de entrada de um amplo sistema integrado, na América Latina foi implementada uma APS seletiva, que atendia apenas a um restrito pacote de necessidades definido pelos agravos mais prevalentes e com baixíssimos investimentos:

Assim, na maior parte dos países da América Latina, a cobertura é segmentada, convivendo esquemas diferenciados com importantes desigualdades no acesso, e a

atenção primária é incorporada apenas no setor público com programas seletivos (Giovanella, 2008 p. 23).

Após 40 anos da realização da conferência de Alma, o tema da APS volta a movimentar o cenário da América Latina. A iniciativa parte dos estados membros da OPAS que solicitam uma avaliação dos avanços conquistados com vistas à elaboração de novas estratégias para o enfrentamento dos desafios que o século XXI anunciava, como o novo cenário epidemiológico que se apresenta em decorrência do processo de urbanização, mudanças alimentares, o aumento da expectativa de vida da população e das condições crônicas, além da persistência de agravos ainda não resolvidos como as doenças infecciosas e das iniquidades crescentes (OPAS, 2007).

O resultado dessa iniciativa se materializou em uma série de orientações que fomentaram uma revisão dos valores e princípios que fundamentam o desenvolvimento dos sistemas de saúde e a constatação de que, apesar das diferenças de cada país, de uma forma geral os sistemas de saúde da região são caracterizados por uma alta fragmentação. Tal caracterização se manifesta na vida do usuário como falta de acesso aos serviços de saúde, perda de continuidade do atendimento, listas de espera, encaminhamentos atrasados, falta de congruência dos serviços ofertados com as necessidades dos usuários, repetições desnecessárias da história clínica e de testes diagnósticos e baixa satisfação do usuário. Já para o sistema de saúde, essa fragmentação é expressa na falta de um fluxo coordenado entre os diferentes níveis de atenção e locais de atendimento, duplicação de serviços e infraestrutura (uso irracional e ineficiente dos recursos), baixo poder de resolução do primeiro nível de atenção, a utilização de serviços de emergência para ter acesso ao especialista, internações que poderiam ser resolvidas em ambulatório, baixa qualidade técnica e grande custo (OPAS, 2008).

Para haver sistema de saúde integrado, acessível, eficiente e de qualidade, precisa-se de uma APS fortalecida e abrangente, que coordene o cuidado nos territórios ao longo dos ciclos de vida da população, com medidas de reabilitação, mas, principalmente, de prevenção a agravos e promoção da saúde (OPAS, 2007). Por sua característica territorial e de primeiro contato com o sistema de saúde, configura-se como o espaço privilegiado para atuar sobre os determinantes da saúde de uma população adscrita, diminuir iniquidades e consegue contemplar as metas estabelecidas na Declaração do Milênio que incluem:

Erradicar a pobreza extrema e a fome; alcançar a educação primária universal; promover a igualdade de gêneros e o empoderamento das mulheres; reduzir a mortalidade infantil; melhorar a saúde materna; combater HIV/AIDS, malária e outras doenças; garantir sustentabilidade ambiental, e desenvolver uma parceria global para o desenvolvimento (United Nations, 2015).

Esses objetivos resultam dos esforços da Organização das Nações Unidas (ONU) ao propor metas para o enfrentamento dos maiores problemas da humanidade, por ocasião do encontro da Cúpula do Milênio no ano 2000, no qual os países signatários, inclusive o Brasil, comprometeram-se em cumprir as metas estabelecidas até o ano de 2015.

Em estudo de revisão publicado no *The Lancet* afirma-se que o fato da APS não ser citada nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) reflete uma compreensão equivocada acerca da declaração de alma. Esse entendimento se perpetua em grande parte do mundo, especialmente em países de baixa e média renda, que, na década de 1980, implementaram uma APS seletiva, focada em pacotes mínimos de serviços ofertados à população, baseada na oferta de vacinação, amamentação e hidratação oral como forma de implementar os cuidados primários frente à limitação de recursos, baixos investimentos e pouco interesse político (Hone; Macinko; Millett, 2018).

Importante destacar que, apesar da ausência da APS nos documentos do ODM, ambos possuem agendas convergentes ao abordarem aspectos como política para aumento da equidade, promoção da justiça social, determinantes de saúde amplos e empoderamento comunitário. Apesar das evidências em torno do tema complexo, já é possível que países que priorizam os cuidados primários em saúde consigam resultados melhores em relação aos ODS, do que aqueles que focam em cuidados hospitalares, uma vez que:

Saúde debilitada associada a doenças infecciosas, morbidades de DNT e lesões podem contribuir para o empobrecimento (ODS 1), podem limitar as oportunidades de educação e emprego (ODS 4 e 8), e contribuir para a desnutrição (ODS 2). Essas condições geralmente afetam os mais desfavorecidos, ainda mais aumentando a desigualdade dentro ou entre os países (Hone; Macinko; Millett, 2018 p. 1463).

O cumprimento das metas para o desenvolvimento dos objetivos do milênio impactam significativamente na saúde e na qualidade de vida da população de todo o mundo, reforçando o papel determinante que o desenvolvimento socioeconômico desempenha na saúde de uma população, assim como a intersectorialidade é condição fundamental para atingir melhorias no campo da saúde, considerando por exemplo a relação direta existente entre a escolaridade e a redução dos índices de mortalidade infantil (André; Takayanagui, 2017).

## **2.2 A trajetória do Brasil na tessitura da sua Rede de Atenção à Saúde**

O Brasil participou de todo o movimento liderado na América Latina para o fortalecimento de sistemas de saúde universais e baseados em uma atenção primária abrangente e com papel central na comunicação da rede de saúde, ao passo que se desenhava a proposta de redes integradas, expressa pela portaria nº 4.279 de 2010.

A proposta de Redes de Atenção à Saúde no país surge com a constituição de 1988 e a criação do SUS, que propõe: as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único (lei 8080/90). A partir desse marco legislativo, inicia-se uma série de movimentos para organizar o sistema de saúde organizado em Rede e regulamentar a lei 8080 por meio de NOBs, NOAS, decretos como o n° 7.508 de 2011, e a portaria de redes que tenta detalhar/ordenar a execução da proposta.

Como discutido no capítulo anterior, ao longo dos anos, houve avanços paulatinos no sentido de construir um sistema de saúde conforme pautado pela Constituição Federal e no fortalecimento dos seus princípios organizativos (regionalização, hierarquização, descentralização, comando único e participação popular), mesmo não havendo mudanças significativas na estrutura macroeconômica e um movimento de desmonte/contrarreforma mais expressivo a partir de 2016 (Brasil, 2021).

Mesmo com a clara definição dos princípios e diretrizes, a operacionalização e organização dentro de um território de dimensões continentais e grande diversidade cultural como o do Brasil permaneceu nebulosa ao longo de vários anos. Várias foram as tentativas de regulamentação e complementação destas lacunas mediante emissão por meio de NOB, Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), decretos, e a portarias (Brasil, 2020). Scatena e Tanaka (2001) acreditam que as Normas Operacionais Básicas foram as principais ferramentas de descentralização do sistema de saúde e foram evoluindo sucessivamente uma após outra, na perspectiva de responder a demandas que a NOB anterior não conseguiu alcançar.

A NOB 91 foi lançada por meio da Resolução n.º 258 do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAPMS), que tratou do financiamento da atenção ambulatorial e hospitalar, centrado na lógica do pagamento por procedimento realizado (Scatena; Tanaka, 2001). Apesar das várias críticas existentes a essa NOB, por não romper com o modelo hegemônico pré-SUS, ela formaliza o repasse financeiro para municípios e estados, ampliando, timidamente, a participação desses entes na prestação de serviços específicos, anteriormente aplicados pelas superintendências regionais do INAMPS (Brasil, 1991; Scatena; Tanaka, 2001).

Em 1992, foi lançada a NOB 92, mediante Portaria n.º 234/92 do INAMPS, que aprofunda as discussões apresentadas por sua antecessora, sem, no entanto, apresentar grandes contribuições. Deixa claro que “a construção do SUS é um processo continuado, que demanda vários movimentos complexos aos quais os diferentes estados e municípios dão respostas diferentes” (Brasil, 1992; Scatena, Tanaka, 2001).

A primeira norma a ser editada em portaria (nº. 545) pelo Ministério da Saúde foi a NOB 93. Ela trata dos princípios da descentralização das ações e serviços em saúde, da redistribuição do poder entre estados, municípios e união, e avança na discussão acerca dos espaços de pactuação entre os entes federados, com as comissões intergestores bipartite e tripartite. Assim, houve um ganho no que diz respeito ao olhar sob os aspectos políticos, sociais e demográficos do processo de descentralização. Formalizou, ainda, o processo de municipalização, ao estabelecer tipologias de gestão incipiente, parcial e semiplena para o repasse de recursos financeiros regulares (Brasil, 1993; Scatena; Tanaka, 2001).

A última NOB foi a 96, que promoveu avanços no processo de descentralização e aperfeiçoou o modelo de gestão do SUS, ao modificar as modalidades para habilitação para os municípios (Gestão da Atenção Plena da Atenção Básica e Gestão plena do Sistema Municipal) e para os estados (Gestão Plena Avançada do sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual), os quais passam a ter maior autonomia e responsabilidades. Foi um marco para a reordenação do modelo de atenção à saúde, a criação do piso da atenção básica, que possibilitou o financiamento *per capita* e consolidou o Programa Saúde da Família. Instituiu a Programação Pactuada Integrada, que define as responsabilidades dos gestores municipais para a garantia de acesso da população a serviços hospitalares e ambulatoriais, do seu município ou fora dele, mediadas pelo gestor estadual pactuadas em CIB (Brasil, 1996; Scatena; Tanaka, 2001).

O avanço desencadeado pela NOB 96, no processo de habilitação dos municípios para gestão da saúde com recursos da união, desvelou a necessidade de fortalecimento do papel do estado na organização da gestão e assistência no âmbito regional, bem como de oferecimento de suporte aos municípios frente aos desafios que sozinhos não conseguiram suplantar. A essa altura, o processo de descentralização caracterizava-se pelo rápido ganho de autonomia dos municípios na gestão da saúde, a municipalização. Porém, de maneira desordenada, isolada e fragmentada, preservando lacunas assistenciais importantes em regiões menos desenvolvidas (política de regionalização da saúde). Assim, surge a necessidade de criar instrumentos e diretrizes para ordenar o processo de regionalização com vistas à promoção da equidade no acesso em todo o território nacional. A NOAS 01/2001 é publicada com esse intuito (Scatena; Tanaka, 2001).

A nova norma foi regulamentada pela Portaria Ministerial n.º 95 de 26 de janeiro de 2001, e apresenta como principal instrumento para organização do processo de regionalização o Plano Diretor de Regionalização (PDR), que viabiliza o acesso a todos os níveis de atenção à saúde o mais próximo da moradia dos cidadãos. Neste novo desenho, os municípios se

responsabilizam pela atenção básica, enquanto as ações de alta e média complexidade ficam a cargo do Estado e da gestão solidária entre os municípios de uma microrregião (Brasil, 2001).

Já a NOAS, editada no ano de 2002, dá sequência às diretrizes organizativas da norma anterior, oferecendo alternativas para superação dos desafios encontrados na implementação da NOAS 2001, como por exemplo, o fortalecimento da gestão estadual na articulação entre os municípios de uma mesma região e a necessidade de fortalecer paulatinamente o processo de regionalização como a estratégia fundamental para a organização de regiões de saúde, de forma a contar com recursos adequados para garantir o direito à saúde de sua população em todos os níveis de atenção (Brasil, 2002a).

Essas normas, que visam dar operacionalidade aos princípios organizativos do SUS, são frutos de processo dinâmico e de debates contínuos entre vários atores, como o CONASS, o CONASEMS, o Ministério da Saúde, e o Conselho Nacional de Saúde (CNS), uma vez que a efetivação do sistema de saúde, conforme os preceitos constitucionais, exige um constante equacionamento dos desafios que se descortinam frente a sua evolução e às necessidades da população, suscetíveis a mudanças diante de contexto social, econômico, político, temporal e demora gráfico, dentre outros (Brasil, 1993).

Na perspectiva de contínuo debate e avaliação entre as três esferas de gestão, frente às novas necessidades que se descortinam ao longo do processo de efetivação do SUS, em 22 de fevereiro de 2006, é publicada pelo ministério de saúde a Portaria n.º 399, que regulamenta e orienta a implantação do Pacto pela Saúde (Brasil, 2006a; 2007; 2009).

O Pacto se aprofunda nos desafios enfrentados na gestão do processo de regionalização dos serviços de saúde, com vistas à implementação de uma política cooperativa, estruturada em espaços de cogestão, de fortalecimento das ações de planejamento e negociação, de modo a garantir a qualidade e a eficiência dos serviços disponibilizados, sem, no entanto, perder de vista a necessidade de racionalizar os recursos mediante maior economia de escala e de escopo:

É a diretriz que orienta o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores. Para superar as dificuldades enfrentadas no processo de institucionalização do SUS – principalmente em relação à descentralização das ações e serviços –, os gestores das três esferas do SUS pactuaram responsabilidades nos campos da gestão e da atenção à saúde (Brasil, 2006b. p. 15).

Assim, um dos maiores desafios sobre os quais o Pacto pela Saúde se debruça encontra-se no aprimoramento das ferramentas de gestão que viabilizem a implementação dos princípios e diretrizes do SUS. A descentralização é uma das diretrizes organizacionais mais discutidas no processo de organização do SUS, uma vez que viabiliza a consecução dos princípios da

universalidade, integralidade e equidade e potencializa o processo de hierarquização e regionalização, fundamentais para organização de uma rede que pretende superar o desafio como a fragmentação do sistema, comandos concorrentes, oferta de serviços e ações descoladas das necessidades locais e a concentração de recursos em polos desenvolvidos, dificultando o acesso da população das localidades mais carentes e, portanto, mais necessitadas dos recursos (Barata; Tanaka; Mendes, 2004).

No intuito de consolidar a organização das ações e serviços em uma Rede de Atenção à Saúde, ao final de 2010, como desdobramento de um movimento tripartite envolvendo Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS, foi publicada a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), no SUS e reafirma a importância do modelo:

Estratégia de reestruturação do sistema de saúde, tanto no que se refere a sua organização, quanto na qualidade e impacto da atenção prestada, e representa o acúmulo e o aperfeiçoamento da política de saúde com aprofundamento de ações efetivas para a consolidação do SUS como política pública voltada para a garantia de direitos constitucionais de cidadania (Brasil, 2017a).

Na sequência e complementando a portaria de redes, o Decreto n.º 7.508 de 2011 apresenta novas definições acerca do planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, instituindo as Comissões Intergestoras Regionais (CIR), delimita o conceito de região de saúde e traduz rede como um “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde”, as quais deverão estar contidas dentro de uma região de saúde (Brasil, 2011).

Logo, o desenho do sistema de saúde atual é fruto de um esforço que vem sendo feito ao longo de décadas por diversos atores. Mesmo que ainda frágil frente às ameaças que se impõem a sua sobrevivência, mantém-se dinâmico e tem na participação popular uma importante ferramenta na calibragem das tensões existentes em torno do debate. Diante do exposto, realizar-se-á uma revisão da literatura disponível nos últimos anos para uma melhor compreensão de como essas normativas que delineiam a estruturação da RAS reverberam no Sistema de saúde e na população Brasileira.

### 2.3 Método: Sobre os caminhos para a compreensão das contribuições e desafios de organização em rede dos sistemas de saúde

Ao realizarmos uma revisão integrativa de literatura<sup>5</sup>, não sistemática, de caráter descritivo, considerando artigos completos que abordassem os aspectos da realidade brasileira, gratuitos, publicados nos últimos 5 anos (2017-2021), e documentos oficiais, encontramos um total de 704 artigos, dos quais, aplicados os filtros de pesquisa de acordo com os critérios de inclusão, restaram 104 artigos; destes, foram selecionados 76 artigos após a leitura do título e que, finalmente, resultaram em 15 artigos para a leitura na íntegra. Após a leitura aprofundada dos artigos e análise de conteúdo, selecionamos 10 artigos e 5 arquivos oficiais para integrar nossa discussão no capítulo, os quais estão dispostos abaixo nos Quadro 1 e Quadro 2, respectivamente.

**Quadro 1 – Distribuição dos artigos utilizados conforme autor e ano de publicação, título da obra, objetivo e resultados obtidos**

<b>Autor (ano)</b>	<b>Título da obra</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Resultados</b>
Oliveira <i>et al.</i> (2020)	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Visão de Enfermeiros.	Compreender os reflexos da implementação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no processo de trabalho de equipes da Estratégia Saúde da Família, a partir da visão de enfermeiros.	Padrões de qualidade proposto pelo Programa contribuem para a superação das lacunas da organização e assistência dos serviços de saúde.
Finger <i>et al.</i> (2021)	Redes de atenção à saúde: a percepção dos gestores municipais.	Conhecer a percepção dos gestores municipais sobre o papel da Secretaria Municipal de Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde no processo de regionalização e organização das Redes de Atenção à Saúde.	Evidenciou-se o suporte adequado da Secretaria Estadual de Saúde na educação permanente aos municípios e a participação do Conselho Municipal de Saúde na gestão e planejamento, bem como resultados positivos na assistência da Atenção Básica. Em relação às fragilidades, a principal citação foi referente ao repasse insuficiente de recursos financeiros.
Silva <i>et al.</i> (2020a)	Compreensão de estudantes de enfermagem sobre as Redes	Analisar a compreensão de estudantes de graduação em enfermagem sobre as Redes de Atenção à Saúde.	Evidenciou-se o conhecimento dos estudantes em relação ao conceito e objetivo das Redes de Atenção à Saúde, a identificação de fragilidades na comunicação e a falta de conhecimento do

<sup>5</sup> A pesquisa seguiu a seguinte questão norteadora “Qual a contribuição e desafios dos sistemas de saúde organizados em redes?”. Utilizou-se como base de dados MEDLINE, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Brasil Scientific Electronic Library Online (SCIELO-BRASIL). A busca foi realizada no período de junho a setembro de 2021. Nos bancos de dados foram utilizados os seguintes descritores em ciências da saúde (DeCS): Sistema Único de Saúde AND Assistência à Saúde AND Qualidade na Assistência à Saúde AND Políticas, Planejamento e Administração em Saúde. As operações foram realizadas desta forma a fim de obter o máximo de artigos possível. Documentos oficiais também foram utilizados como leis, políticas públicas e decretos, que abordam a temática

	de Atenção à Saúde.		usuário como obstáculos na efetivação das mesmas, a dificuldade em ver a atuação do enfermeiro dentro dos variados serviços das redes e a percepção sobre a fragmentação do processo de formação.
Menezes <i>et al.</i> (2020)	Modos de produção do cuidado e a universalidade do acesso – análise de orientações federais para o trabalho das equipes da APS no Brasil.	O objetivo foi analisar as orientações federais para organização do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde e os modos de produção do cuidado, no sentido de promover a universalidade de acesso aos serviços.	Os resultados apontam avanços na promoção da universalidade, especialmente nos documentos anteriores a 2015, por conta de ações relacionadas à formação profissional, ao acolhimento, ao estabelecimento de processos de avaliação e a ampliação do escopo de ações. Entretanto, há aproximações com a cobertura universal, evidenciadas pelo incentivo à implantação de equipes com redução da composição multiprofissional e flexibilização da carga horária, que dificultam a efetivação do SUS como política social inclusiva.
Feltrin <i>et al.</i> (2020)	O papel das redes de atenção à saúde no sus sob a ótica dos gestores de uma região de saúde.	Identificar o conhecimento e a visão dos gestores municipais sobre as Redes de Atenção à Saúde	Foram entrevistados 06 gestores e as temáticas levantadas por eles foram Desafios da implantação das Redes (100%), Governança e Relações Interfederativas (ambos com 50%).
Silva <i>et al.</i> (2020b)	A governança e o planejamento na perspectiva regional de saúde.	O estudo objetivou analisar a governança e o planejamento em saúde na II Região de Saúde do Estado de Pernambuco,	Os resultados demonstraram o protagonismo da CIR na governança regional, apesar das evidentes fragilidades no processo de planejamento regional e nas estruturas das redes de atenção à saúde.
Damaceno <i>et al.</i> (2020)	Redes de atenção à saúde: uma estratégia para integração dos sistemas de Saúde.	Refletir sobre as Redes de Atenção à Saúde, seus conceitos teóricos e marcos legais nas políticas de saúde.	A integração dos serviços de saúde é uma resposta à fragmentação do cuidado e possui multiplicidade de conceitos, princípios e dimensões. As Redes de Atenção à Saúde revelam-se como uma estratégia para integração dos serviços e são uma alternativa na qualificação do cuidado.
Prado e Santos (2018)	Promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde: sistematização de desafios e estratégias intersetoriais.	Objetivou-se sistematizar o conhecimento produzido no campo da promoção da saúde com ênfase nos desafios e estratégias para implementação da intersetorialidade.	Verificou-se a discussão de fragilidades contextuais relacionadas com aspectos gerenciais e operacionais das intervenções para promoção da saúde, assim como com estratégias adotadas para fomentar a implementação e gestão de ações intersetoriais.

Landim e Guimarães, Pereira (2020)	Rede de Atenção à Saúde: integração sistêmica sob a perspectiva da macrogestão.	Objetivou analisar a integração sistêmica da atenção à saúde da linha de cuidado do câncer de mama, no contexto da regionalização da saúde no estado da Bahia, sob a perspectiva da macrogestão.	Os resultados sinalizaram que as normas, embora necessárias, não são por si suficientes para garantir a integração sistêmica; o desenho de redes de atenção à saúde tem seguido a lógica de estruturação por oferta, adensando-se nos grandes centros populacionais, gerando vazios assistenciais; predomina o acesso da população aos serviços não complementares ao Sistema único de Saúde (SUS) e/ou de alta densidade tecnológica, evidenciando a hegemonia do modelo médico-centrado e privatista; mecanismos de regulação do acesso e de gestão dos sistemas de informação ainda ocorrem de forma incipiente, com pouca e/ou esparsa interação entre si.
Silva <i>et al.</i> (2017)	Redes de atenção à saúde: percepção de usuários de uma unidade de saúde da família.	Objetivou-se conhecer a percepção dos usuários de uma Unidade de Saúde da Família, sobre a Rede de Atenção à Saúde.	Identificou-se que há longo tempo de espera pelo atendimento especializado, o que leva os usuários a procurarem diferentes meios de acesso à rede. Estes receberam poucas orientações dos profissionais de saúde, que, por sua vez, demonstram pouco envolvimento e responsabilização, refletindo no modo em que os usuários percebem a unidade e os serviços prestados.

**Quadro 2 – Distribuição dos documentos oficiais utilizados neste estudo, de acordo com a título, objetivo e ano**

<b>Título</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Ano</b>
Lei n.º 8.080 de 1990 (Brasil, 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
Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS (Brasil, 2014)	Apresenta o processo de implantação das redes temáticas acordadas de forma tripartite para os anos de 2011 a 2013: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência e a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, com priorização para as ações de fortalecimento para a prevenção e controle do câncer e traz algumas outras estratégias e ações de gestão da SAS.	2014
Resolução n.º 23 de 2017 (Brasil, 2017b)	Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.	2017

Resolução n.º 37 de 2018 (Brasil, 2018)	Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde.	2018
Decreto n.º 7.508 de 2011 (Brasil, 2011)	Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.	2011

## 2.4 Discussão

A administração do SUS é realizada em coparticipação nas três esferas de governo sendo de responsabilidade da união, dos estados e dos municípios. Esta forma de gestão e as competências de cada esfera de governo estão dispostas na Lei nº 8.080 de 1990, que dispõe sobre a organização e funcionamento dos serviços de saúde, traz as especificações e atribuições de cada ente federado, além de estabelecer as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde. A Lei 8.080/90 trata também sobre a necessidade de descentralização dos serviços e a regionalização através das redes de atenção à saúde, que são de responsabilidade federal, estadual e municipal (Brasil, 2011; Finger *et al.*, 2021).

No Brasil, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) foram determinadas de forma mais explícita através da Portaria 4279, de 30 dezembro de 2010 e do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 e são definidas como a forma de organização e articulação dos serviços e ações que intervêm em processos de saúde-doença, pautados em diferentes densidades tecnológicas, logísticas e de gestão para assegurar a integralidade do cuidado, melhorar o acesso, a equidade, bem como a eficácia proposta no Sistema Único de Saúde (Brasil, 2011).

A constituição da RAS tem como princípios a regionalização e descentralização para a reorientação do modelo de atenção básica e das demais linhas de cuidado, tendo então a intersetorialidade, o planejamento estratégico integrado, bem como como a integração dos municípios e cooperação entre eles. Este modelo de atenção permite a integralidade do cuidado, a longitudinalidade e continuidade do cuidado, não permitindo a fragmentação do cuidado (Feltrin *et al.*, 2020). Portanto, esse formato de organização do sistema de saúde é, também, uma forma de concretizar o princípio da descentralização, da regionalização e da integralidade, fortalecendo, dessa forma, o SUS em suas diretrizes e trazendo os serviços de saúde para perto de onde a população reside, da forma mais acessível possível.

Finger *et al.* (2021) destacam que, para o sucesso da organização das Redes de Atenção à Saúde, é imprescindível uma adequada integração entre as esferas de governo, especialmente as intermunicipais, que são mediadas pelas SES, e têm como função promover a cooperação entre os municípios, regular, acompanhar e avaliar os serviços de saúde. Apesar das

responsabilidades financeiras de cada esfera governamental estarem definidas na Lei n.º 141/2012, com vistas a garantir o financiamento tripartite e não apenas de uma esfera isolada, ainda existe um déficit no investimento em saúde por parte do estado. Esta falha no sistema de financiamento da saúde reflete na qualidade da assistência prestada e do processo de regionalização, pois gera uma sobrecarga para os municípios, que, além de suas responsabilidades de financiamento da atenção básica, ainda têm de arcar com as responsabilidades de atendimentos de média e alta complexidade (Finger *et al.*, 2021).

O formato de organização do sistema de saúde em redes de atenção está fundamentado na disponibilidade de recursos, qualidade, territórios sanitários, níveis de atenção integrados horizontal e verticalmente, com processo de gestão e funcionamento integrado à macro e microgestão do sistema e do cuidado. Feltrin e colaboradores (2020) colocam em destaque aspectos decisivos para a suficiência e consolidação da rede como: os processos regulatórios que permeiam todas as linhas de cuidado garantindo que a demanda do usuário receba a devida assistência em tempo oportuno; a economia de escala que se refere à concentração de recursos de maior densidade tecnológica. Geralmente, exigem maiores investimentos na aquisição e manutenção em polos regionais, sendo referência para toda população adscrita e não apenas a um município onde está sediada e a qualidade do acesso que está intimamente ligada ao processo de regionalização e de integralidade, pois deve garantir que toda população receba cuidados em qualquer nível de atenção (Feltrin *et al.*, 2020).

A eficiência da RAS depende, sobretudo, de uma gestão municipal qualificada e disposta a enfrentar os desafios que surgem no que se refere à gestão dos recursos de saúde, pois os gestores devem estar preparados para lidar com situações complexas, e considerarem a necessidade de tecnologias apropriadas, alocação de recursos e insumos dentro e fora de seu município, de forma efetiva e que garanta ao usuário acesso a um serviço de saúde de qualidade (Silva *et al.*, 2020a; Feltrin *et al.*, 2020).

O Pacto pela Saúde de 2006 compreende um conjunto de reformas institucionais do SUS, em conjunto com as três esferas governamentais, sendo União, Estados e Municípios, com objetivo de promover inovações nos processos de gestão. Juntamente com o Decreto n.º 7.508 de 2011 traçaram um novo percurso de pactuação entre os gestores em todos os níveis do serviço de saúde e logo de organização do sistema em esfera local e regional de saúde, com a instituição da CIR (Silva *et al.*, 2020a).

A CIR mostrou-se uma importante e indispensável ferramenta no planejamento e na tomada de decisão dos gestores, para as regiões de saúde. Considerando as atribuições e responsabilidades dos gestores, o planejamento e a governança regional são indispensáveis para

que se alcance êxito na resolução dos problemas e demandas da população, para atender as necessidades apresentadas por sua população com equidade (Silva *et al.*, 2020a).

Além disso, a CIR permite a interação entre os gestores de diferentes municípios da mesma região de saúde, conseqüentemente, a resolução de problemas se torna facilitada pela cooperação e planejamento compartilhado. A troca constante de gestores é um fator complicador para a administração de saúde regional, pois, no Brasil, existe grande influência política e partidária na administração de saúde (Silva *et al.*, 2020a).

É importante que o gestor municipal assuma a responsabilidade de participar ativamente da gestão junto ao estado, a fim de fortalecer as regiões de saúde e a capacidade da gestão dos municípios, construindo novos arranjos de gestão e fortalecendo a descentralização e o próprio SUS (Feltrin *et al.*, 2020).

Outro ponto fundamental para fortalecimento da RAS, diretamente vinculado à gestão municipal, é a APS, que, através das unidades de Estratégias de Saúde da Família, é a porta de entrada para toda a rede do sistema de saúde. Portanto, uma importante estratégia para o acesso adequado aos demais serviços de saúde de acordo com seu nível de complexidade. Além do primeiro contato com os serviços de saúde, é ainda a responsável pelo ordenamento da rede e a coordenadora do cuidado, potencializando ações cooperativas interdependentes entre os pontos de atenção, de forma a permitir ofertar de uma atenção contínua e integral à população, superando a fragmentação da atenção e da gestão dos serviços de saúde (Brasil, 2010; Landim *et al.*; 2019).

O estudo realizado por Landim e colaboradores (2019) evidenciou que a atenção primária não tem cumprido seu papel como porta de entrada efetiva e eficaz do sistema de saúde, no que diz respeito à direcionalidade do cuidado e longitudinalidade. O estudo traz, ainda, que muitos pacientes que necessitam de atendimento especializado, como pacientes em tratamento oncológico, não iniciaram sua trajetória de tratamento, encaminhados pela APS. Isto evidencia a existência de defasagem no atendimento e no fluxo de assistência (Landim *et al.*, 2019).

Este mesmo estudo mostrou que exames e consultas com médico especialista demoram para serem realizados. Alguns exames de imagem como a mamografia, por exemplo, tiveram tempo de espera de um ano para serem realizados. O estudo nos mostra que a cobertura das APS em algumas localidades do país, principalmente as mais afastadas dos grandes centros, são ainda insuficientes, bem como o financiamento defasado, fato este que impede um atendimento de qualidade e acesso aos serviços de saúde (Landim *et al.*, 2019).

Sabe-se que a APS, juntamente com as ESF, necessita desenvolver vínculo com a comunidade em que está inserida para de tal modo conhecer as necessidades, fragilidades e potencialidades a serem trabalhadas. Por isso, é extremamente necessário que os profissionais que estão à frente dessas unidades sejam capacitados e empáticos para enfrentar situações de diversa complexidade. Este vínculo facilita a resolução de problemas de saúde que envolvem a comunidade, bem como aproxima a comunidade de sua unidade de saúde. Esta aproximação impacta diretamente na promoção de saúde e prevenção de agravos de saúde (Silva *et al.*, 2017).

Portanto, torna-se importante conhecer o que Silva e autores (2017) trazem em seu estudo sobre a percepção dos usuários da APS. Este estudo evidenciou o desconhecimento dos usuários quanto ao fluxo de atendimento fora da APS, e a percepção de demora para acesso à assistência que precisam, o que os levam a procurar de outros meios para a resolução de seus problemas de saúde, procurando a rede privada. Além disso, as informações passadas para os usuários são insuficientes ou incorretas. Esta falta de orientação correta sobre a RAS resulta em uma assistência de saúde fragmentada. Apesar do atual modelo de assistência à saúde ter passado por significativas mudanças, ainda tem grande influência do modelo biomédico, centrado na doença e na cura da doença, o que resulta em encaminhamentos desnecessários e demasiados. Isto traz como consequência o aumento das filas de espera em todos os níveis da assistência (Silva *et al.*, 2017).

A falha na comunicação entre os serviços que compõem a rede e os níveis de atenção à saúde reforça a fragmentação da assistência e a perda de informações, o que limita o cuidado prestado. Os profissionais imersos neste problema não conseguem ou não têm apoio da gestão para solucioná-lo. Por isso, destaca-se a importância do investimento em tecnologias de informação e comunicação, como o uso de um sistema que seja compartilhado na rede municipal nos diferentes níveis de atenção, garantindo a integralidade e continuidade do cuidado (Silva *et al.*, 2020b).

A equipe multiprofissional que integra as unidades de atenção básica, portanto, toda a equipe, precisa manter a atualização profissional e educação continuada para melhor atender à comunidade em que está inserida e, de tal modo, conferir equidade e continuidade do cuidado. Os gestores municipais, assim como os gestores das unidades, precisam atentar-se às necessidades de melhoria da assistência em suas unidades. Outro fator imprescindível é que os estudantes sejam inseridos aos serviços de saúde ainda no início da graduação, potencializando, destarte, seus conhecimentos acerca da assistência e da Rede de Atenção à Saúde (Menezes *et al.*, 2020).

Ainda que com essas limitações supracitadas, a RAS contribui, essencialmente, para o fluxo contínuo que a assistência à saúde exige em seus níveis primário, secundário e terciário. Através da rede, pôde-se diminuir a fragmentação da assistência, melhorar o acesso à saúde, principalmente em regiões rurais, onde, por vezes, somente a Atenção Básica é ativa (Silva *et al.*, 2020a).

## **2.5 Últimas considerações para um desafio que está nas nossas mãos**

O princípio de universalidade proposto pelo SUS traz como necessidade a descentralização dos serviços de saúde e a ampliação da cobertura, utilizando as unidades de atenção primária como as ESF, unidades de atenção secundárias como a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e as unidades de atenção terciária como os hospitais que constituem a RAS. Esta rede necessita de investimento em tecnologias de comunicação para a continuidade do cuidado, investimento em insumos, e, principalmente, investimento em recursos humanos.

O investimento insuficiente nas redes de atenção à saúde traz consequências que se alastram para os diversos níveis de atenção, o que resulta na assistência fragmentada, falta de acesso à recursos mínimos de saúde e demora na realização de procedimentos. Este estudo revelou também fragilidades na governança e planejamento de gestão das Redes e grande necessidade de atenção dos gestores municipais e estaduais.

As Redes de Atenção à Saúde, enquanto expressões concretas da Política de Saúde brasileira, constituem importantes ferramentas para a prestação dos cuidados à população brasileira. Ainda que existam fragilidades neste sistema e necessidades de melhorias, têm sido válidas para a concretização das propostas e princípios do SUS. Existe, pois, a necessidade de capacitar os profissionais desde sua formação, sobre o fluxo e funcionamento da RAS, para que diminua a fragmentação do cuidado. Outra necessidade evidenciada por este estudo é de gestores qualificados nos municípios, que tenham conhecimento sobre os fluxos, políticas e necessidades apresentadas pelo sistema de saúde. Para, dessa maneira, otimizar a assistência e alcançar a integralidade do cuidado com equidade e universalidade.

Ao final desse resgate, ficam claras algumas aproximações em relação à Rede de Atenção Psicossocial, formulada em 2011. Porém, destacam-se várias lacunas na operacionalização de algumas diretrizes, especialmente, a descentralização. Apesar do decreto 7508 mencionar dentre as características que configuram uma região de saúde a existência da RAPS, basicamente, todos os serviços da saúde mental são municipalizados, a exemplo dos Centros de Atenção Psicossocial, explicitando a fragilidade desta rede em âmbito regional e estadual.

## REFERÊNCIAS

### 3<sup>o</sup> ANÁLISE DOCUMENTAL SOBRE OS RUMOS DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL ENTRE OS ANOS DE 2010 A 2020

#### 3.1 Introdução

O movimento de reforma psiquiátrica brasileira aconteceu concomitantemente ao movimento de reforma sanitária, germinando mobilizações, ações e proposições de mudança no modelo de atenção à saúde. O foco era um novo modelo baseado nos direitos humanos, no cuidado em liberdade, na produção de autonomia e respeito à cidadania do sujeito dito “louco”. Os movimentos sociais compostos por diversos setores, como os trabalhadores, familiares, usuários e universidades foram importantes na proposição e luta por uma sociedade sem manicômios, criticava-se incisivamente o modelo hospitalocêntrico, trazendo a pauta imediata e urgente de reorganização da atenção às pessoas com transtornos mentais, ou seja, que houvesse uma outra forma de tratar que não fosse trancar.

No início dos anos 2000 tivemos a aprovação do nosso marco legal, a lei 10.216/2001 (BRASIL, 2021), reiterando ao campo da saúde a necessidade de uma contínua produção de cuidado no âmbito dos territórios de vida e existência das pessoas com transtorno mental e em sofrimento psíquico. A lei já tramitava no congresso há quase 10 anos até ser aprovada. O cenário de aprovação sofreu tencionamentos externos, em virtude da denúncia realizada à corte interamericana do assassinato de Damião Ximenes em um hospital psiquiátrico no município de Sobral, Ceará. Sendo o Brasil signatário de acordos internacionais, como da Declaração Universal dos Direitos Humanos, uma resposta precisava ser dada ao mundo.

Na sentença publicada em 4 de julho de 2006, pela Corte Interamericana de Direitos Humanos, acerca do mérito, reparações e custas do Caso Ximenes Lopes *versus* Brasil, é possível comprovar essa alegação, por meio do Capítulo XI, referente às reparações, no artigo 215, alínea *d*. O Estado alegou a adoção das seguintes medidas:

Com relação às outras formas de reparação, o Estado alegou que adotou todas as providências que se esperam de um Estado democrático de direito para evitar a repetição de eventos similares ao que atingiu o senhor Damião Ximenes Lopes. Adotou numerosas medidas no Município de Sobral, entre as quais estão as unidades especializadas no tratamento de pessoas portadoras de diversas doenças. Adotou também, entre outras, medidas no âmbito nacional, tais como a aprovação, em 2001, da Lei nº 10.216 conhecida como “Lei de Reforma Psiquiátrica”; realizou um seminário sobre “Direito à Saúde Mental – Regulamentação e Aplicação da Lei nº 10.216”; e implementou diversos programas relacionados com os serviços de saúde (CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS, 2006; p. 73).

---

<sup>6</sup>Esse artigo está em processo de submissão para publicação na revista Ciência e Saúde Coletiva.

A lei, portanto, foi aprovada com alterações substanciais em seu texto inicial, entre elas a supressão da cláusula de fechamento imediato dos hospitais psiquiátricos, como ocorreu no movimento reformista italiano, por exemplo (PITTA, 2011). No entanto, a partir de documentos subsequentes a lei como a Portaria (PRT) nº 52/ 2004 (BRASIL, 2004) – institui o Programa Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar e considera a necessidade de elementos técnicos para a redução progressiva desses leitos (BRASIL, 2004) – há o compromisso de fechamento progressivo dos estabelecimentos hospitalares e o fortalecimento de uma rede substitutiva que redirecionasse o modelo assistencial para os dispositivos comunitários. Ou seja, a lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001) foi fundamental para iniciar a reorganização do modelo de atenção em saúde mental, fomentando a implementação, implantação e ampliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no cenário nacional, nas diferentes modalidades (I, II e III, adulto, infanto-juvenil e álcool e outras drogas), e a contínua luta pela desinstitucionalização das pessoas que até então estavam privadas do direito de ir e vir, de sua liberdade a um cuidado no ambiente hospitalar.

A concepção de serviços substitutivos, portanto, pautou-se no esforço de fechamento das instituições psiquiátricas manicomial e implementação de serviços residenciais terapêuticos em todo o país. Em paralelo, um desenho de trabalho em rede era fomentado, visando a circulação da pessoa com transtorno mental no seu território e em todo o sistema de saúde, a depender da sua necessidade. A proposta do tratamento comunitário de base territorial dialoga com os princípios do SUS e aponta a importância da Atenção Primária à Saúde – APS na produção do cuidado e acesso à rede de atenção em saúde, considerando, portanto, a determinação social do adoecimento, a importância do território e de práticas que promovam a redução do estigma e a inserção social das pessoas com transtorno mental e sofrimento psíquico.

Na década dos anos 2010, tivemos um consistente movimento em torno da organização das redes de atenção à saúde. Ano em que o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010), regulamenta a organização das redes, conforme previsto na lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990).

Com a edição do decreto nº 7.508/2011 (BRASIL, 2011), que regulamentou a lei nº 8.080/90 e dispôs sobre a organização do SUS, define-se que para se instituir uma região de saúde, faz-se necessário a conformação mínima de ações e serviços de atenção primária; de urgência e emergência; de atenção psicossocial; de atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e de vigilância em saúde. É nesse bojo que são editadas as portarias das redes temáticas e especificamente a Portaria nº 3.088/2011 (BRASIL, 2011), que trata da organização da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, suas diretrizes, objetivos e pontos de atenção.

Sabemos que a arena de debates no campo da saúde mental desde os movimentos reformistas é marcada por embates que nos últimos anos vêm se intensificando entre aqueles que acreditam num tratamento em liberdade e aqueles que veem nos hospitais um ponto fundamental que precisa ser fortalecido. A própria lógica de redes traz um desenho onde os hospitais em qualquer linha de cuidado deve ser a última alternativa de cuidado, não só pelo respeito às necessidades de saúde do indivíduo que devem ser atendidas em um nível de atenção compatível com elas, mas também sobre a racionalidade no uso dos recursos, que neste nível de atenção incorporam maior densidade tecnológica, possuem uma abordagem individualizante, além da baixa resolutividade para questões menos graves. Desta forma, a Portaria nº 3.088/2011 (BRASIL, 2011) estabelece a reorganização da atenção em saúde mental desde a atenção primária até a atenção hospitalar.

A reorganização do modelo de atenção em saúde mental esbarra, portanto, em resistências estruturais como a formação dos profissionais de saúde e o próprio estigma de que o lugar do louco seria fora da sociedade, isolado em manicômios. A falta de diretrizes claras entre os pontos de atenção dificultaram a comunicação entre os CAPS e os serviços da APS, onde um não sabia o que outro deveria fazer. Os CAPS, a princípio, ocupavam certa centralidade na atenção, sendo frequente a lógica do encaminhamento sem que houvesse uma corresponsabilização do cuidado. A APS, como sabido, possui caráter estratégico na coordenação do cuidado, dada sua responsabilidade sanitária no território onde atua, na comunicação entre os pontos de atenção da rede, mediante adoção de protocolos e diretrizes clínicas comuns e na ordenação da rede, pois se constitui como o primeiro ponto de contato (preferencial) da população com as ações e serviços de saúde dentro de um processo contínuo que garanta a integralidade do cuidado e organização do cuidado (BRASIL, 2010). Desta forma, deve oferecer:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2010; p. 3).

Nesse sentido ações para fortalecer o potencial resolutivo da APS e circulação dos sujeitos no território foram estimuladas, dentre elas as mais proeminentes foram as ações de matriciamento e a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF (BRASIL, 2008). Destaca-se que as iniciativas de apoio matricial aconteceram nos diversos pontos da rede, inclusive fora da saúde como aquelas com o centro pop, defensoria pública e até mesmo junto a hospitais gerais, porém não o suficiente para que o modelo fosse absorvido organicamente pelas equipes da estratégia saúde da família, que ainda viam os usuários de saúde mental como

“pacientes do CAPS”, cabendo ao nível primário de atenção apenas o encaminhamento ao especialista. A estratégia do matriciamento foi se consolidando de forma pontual a depender da aceitabilidade de cada território, em alguns lugares como Sobral/CE e Campinas/SP, produzindo boas experiências, tecendo modos dialógicos e corresponsáveis para o cuidado e o pensar coletivo e implicado sobre a Saúde Mental da população brasileira.

Tal postura decorre de vários fatores, desde o estigma secular que recai sobre essa população, a falta de recursos adequados para que as equipes de APS funcionem de forma abrangente e não seletiva, além da fragilidade na formação dos profissionais de saúde.

Com as mudanças no cenário político ocorridas desde 2016, com a destituição do governo da então presidenta Dilma Rousseff, há uma mudança significativa na pauta da Saúde Mental, sendo editadas outras portarias que de antemão fortaleceram ações que privilegiam a atenção hospitalar fazendo frente ao disposto na lei 10.216/2001 (BRASIL, 2011), que previa a redução gradual dos leitos hospitalares.

Cabe-nos evidenciar que o componente hospitalar tem uma importante função na rede e na atenção ao usuário de saúde mental, a crítica que os movimentos de apoio à Reforma Psiquiátrica Brasileira – RPB fazem diz respeito ao modelo centralizado no cuidado hospitalar e a forma de articulação com o território.

Dessa forma, nesse artigo pretendemos analisar, por meio da produção legislativa, o delineamento da política nacional de saúde mental na última década (2010 a 2020). Além disso, esperamos identificar quais as prioridades do governo para fortalecer a política de Saúde Mental e evidenciar para qual direção as publicações apontam, que setores são privilegiados, quais as lacunas e contradições. A análise mostrar-se-á importante para responder questões emergentes como: o hospital geral não poderia fazer a retaguarda para as situações de crise com leitos de saúde mental? Que benefícios apenas um hospital psiquiátrico poderia oferecer? Como a legislação tem tensionado essa mudança no modelo de atenção psicossocial em saúde mental? Quais os caminhos no âmbito das políticas públicas estão se delineando?

### **3.2 Métodos**

Escolhemos como método de trabalho a análise documental, que, segundo Calado e Ferreira (CALADO, 2004), é um modo de estudo descritivo, compreendido por busca e análise de dados, onde inicialmente é definida a fonte para identificação dos documentos, e posteriormente se faz o tratamento das informações selecionadas e sua análise. Ou seja, “uma técnica de pesquisa que visa uma descrição do conteúdo manifesto de comunicação de maneira objetiva, sistemática e quantitativa” (BERELSON, 1984; p. 18). Especificamente, optamos pela

análise de documentos nacionais enquadrados no ordenamento jurídico, como normatizações, e considerados de relevância para a política pública de saúde mental. Foram selecionados os documentos emitidos pelo Ministério da Saúde, dada a possibilidade dos mesmos desvelarem as estratégias, ações e programas priorizados pelo governo federal, em relação à política nacional.

O recorte temporal para a seleção dos documentos legislativos foi de 10 anos, iniciando no ano da publicação da Portaria de redes, Portaria nº. 4.279/2010 (BRASIL, 2010), e findando em 2020, visto que os anos de 2020-2021 foram circunstanciados pela pandemia da COVID-19 e todos os esforços, em termos de políticas públicas, se voltaram para enfrentar e mitigar seus efeitos, criando certa lacuna no âmbito legislativo das demais questões de saúde da população brasileira.

Os *loci* para a coleta de dados foram os portais oficiais do Ministério da Saúde, como a página da Coordenação Nacional de Saúde Mental e a área temática da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS MS Saúde Mental, por se tratarem de canais abertos e formais de divulgação do compilado legislativo e das ações de governo federal para a sociedade, gestores e profissionais. Diante das dificuldades em encontrar as normativas e publicações disponíveis no período da pesquisa, acionamos a bibliotecária do Ministério da Saúde por email com a solicitação de apoio para realizar a busca.

No primeiro email de resposta, a profissional enviou os materiais disponíveis no acervo da biblioteca virtual, os quais eram compatíveis com a busca realizada previamente. Em email cópia para o setor responsável pelas publicações, o Departamento de Ciclos de Vida – DECIV, solicitamos informações sobre os documentos publicados com a temática de saúde mental, o primeiro retorno foi que o site do SAUDELEGIS estava fora do ar, não sendo possível ter acesso e fazer o levantamento das portarias solicitadas. Em novo contato da bibliotecária recebemos um consolidado de portarias, contendo 245 documentos, publicados entre os anos de 2015 e 2022, que compuseram nosso campo de dados e análise.

Outros documentos que nos orientaram foram o “Saúde Mental em Dados” (BRASIL, 2015) e “RAPS em Dados” (BRASIL, 2022), que apresenta as informações sobre o avanço na implementação da RAPS – utilizamos as duas últimas publicações feitas – ano de 2015 e 2022.

Os documentos selecionados compõem o corpus da pesquisa, com vistas a contextualizar o tema escolhido e conferir status científico às reflexões e análises produzidas (RICHARDSON, 1999).

A categorização dos resultados foi apriorística, uma vez que esteve norteadada pelo objetivo da pesquisa de identificar os avanços e retrocessos na Política Nacional de Saúde

Mental. O processo de produção de inferência foi realizado à luz das leis orgânicas do SUS (nº 8080/90<sup>6</sup> e nº 8142/90) e da Lei nº. 10.216/2001, que são as normativas vigentes que estruturam a Política Pública de Saúde Mental no Brasil (BRASIL, 1990; 2004).

Os documentos/arquivos foram analisados de modo a nos permitir repensar, rearranjar, rever, ler com os problemas identificados e aprender com eles (FOUCAULT, 2016). Não há na análise o intuito de buscar verdades absolutas, mas de nos colocarmos no interior do presente, dos momentos políticos, impasses e interesses em torno da política.

### **3.3 Resultados e discussão**

O levantamento dos documentos teve como marco temporal inicial a promulgação da Portaria nº 3.088/2011 (BRASIL, 2011), que institui a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. Inicialmente foi feito na página oficial da Coordenação Geral de Saúde Mental/Ministério da Saúde, onde encontramos três portarias. Em uma segunda busca, acessamos o Sistema de Legislação Saúde – SAUDELEGIS, a fim de ampliar a base de consulta, utilizamos o termo “Coordenação Geral de Saúde Mental Álcool e outras Drogas”, sendo encontradas 245 normativas.

Entre as normativas disponibilizadas, 24 tratavam de nomeações, exonerações e liberação de servidores para viagens, duas, de resoluções do conselho nacional de saúde sobre a V conferência Nacional de saúde mental, uma, de recomendação do Conselho Nacional de Direitos humanos contra a “nova política de Saúde Mental”, cinco, eram decretos que remanejaram a estrutura do organograma do MS e uma, que cria a Secretaria extraordinária e enfrentamento à COVID – 19. Havia ainda duas portarias e uma resolução que designavam membros da Coordenação Geral de Saúde Mental Álcool e outras Drogas para compor comitês e comissões de outros setores, uma consulta pública referente ao “Guia estratégico de cuidado em álcool e outras drogas” e quatro documentos de cunho administrativos.

Os demais documentos, que configuram a maior parte de nossa amostra inicial são portarias que tratam de questões operacionais, de habilitação, desabilitação ou qualificação de componentes da RAPS, as quais interferem no ritmo de implantação da RAPS, mas não ditam os rumos da política ou definem como os serviços devem se organizar em seu funcionamento, sendo: três portarias que habilitam (3 CAPS e 1 Unidade de Acolhimento Adulto – UAA) e desabilitam serviços (4 CAPS e 1 UAA), 29 portarias tratam exclusivamente da desabilitação de serviços RAPS ou suspendiam recurso, 150 portarias apenas habilitam novos serviços, e 19 portarias que qualificaram CAPS já existentes em outras tipologias.

Importante destacar que estes dados não são coincidentes com aqueles disponíveis no recente documento RAPS em Dados de 2022 (BRASIL, 2021), publicado em outubro de 2022, após seis anos da última edição (Ano 10, nº 12, 2015), ou seja, tivemos um período de sete anos sem atualização pública dos dados de saúde mental (Tabela 1). Diante desse cenário, há uma incisiva cobrança por parte dos movimentos sociais e gestores, que chegaram a definir o momento como apagão dos dados na Saúde Mental.

**Tabela 1 – Série histórica dos CAPS habilitados por tipo, no período de 2010 a 2022**

Série histórica de CAPS habilitados no Brasil por tipo (Brasil, dez/2010 a junho/2022)								
ANO	CAPS AD	CAPS AD III	CAPS AD IV	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS IJ	TOTAL
2010	190	1	-	712	383	57	126	1.469
2011	201	6	-	779	403	65	147	1.601
2012	231	29	-	873	437	73	172	1.815
2013	256	47	-	953	447	81	188	1.972
2014	274	68	-	1.044	456	88	200	2.130
2015	289	85	-	1.118	470	94	209	2.265
2016	304	104	-	1.184	490	100	226	2.408
2017	316	110	-	1.240	502	106	240	2.514
2018	316	111	-	1.257	507	107	248	2.546
2019	319	121	3	1313	515	112	256	2.639
2020	331	128	3	1.366	526	121	274	2.749
2021	330	132	3	1.402	524	122	282	2.795
2022	331	135	3	1.428	528	126	285	2.836
<b>TOTAL</b>	<b>3.688</b>	<b>1.077</b>	<b>12</b>	<b>14.669</b>	<b>6.188</b>	<b>1.252</b>	<b>2.853</b>	<b>29.739</b>

Fonte: BRASIL (2021).

Não há no documento a sinalização das portarias que habilitam os equipamentos, como feito em nossa coleta de dados, uma vez que a proposta da publicação é apresentar uma síntese quantitativa-analítica, séries históricas por serviços habilitados e investimento financeiro feito por tipo de serviço da RAPS (CAPS, Serviço Residencial Terapêutico – SRT, Unidade de Acolhimento – UA, Serviço Hospitalar de Referência – SHR etc.), e os serviços habilitados por região/UF, possibilitando visualizar significativas diferenças no âmbito nacional e a correlação entre serviços disponíveis na RAPS e densidade populacional. Ao longo de 12 anos os serviços mais habilitados foram os CAPS I, chegando a quase 50% das habilitações (49,32%), o maior quantitativo de habilitação desses serviços aconteceu nos anos de 2019 a 2022. Na sequência vieram os CAPS II com 20,8% das habilitações, os CAPS Álcool e outras Drogas – AD com 12,4%, os CAPS Infante Juvenil – IJ com 9,59%, os CAPS III com 4,20%, os CAPS AD III com 3,62% e por fim, os CAPS AD IV com 12 serviços habilitados ao longo do período, 0,04%.

Em nosso processo de coleta de dados, não tínhamos em mãos esses dados consolidados (BRASIL 2021) e ao transitarmos pelos diferentes sítios hospedados na página oficial do

Ministério da Saúde no período de 2018 a 2022, nos deparamos com um site pouco intuitivo e de difícil acesso aos documentos oficiais. Há uma organização no site por secretarias, renomeadas após 2016 com a mudança de representatividade no governo federal, sendo elas: Secretaria Executiva (SE), Atenção Primária à Saúde (SAPS), Atenção Especializada à Saúde (SAES), Ciência e Tecnologia em Saúde (SCTIE), Vigilância em Saúde (SVS), Saúde Indígena (SESAI), e Gestão do Trabalho e da Educação (SGTES). Há também links de ‘acesso rápido’, como “ações e programas”, “Publicações MS”, “Acesso à Informação”.

No portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS-MS) foram encontradas publicações relevantes sobre a saúde mental, como os cadernos de atenção básica com volumes destinados à saúde mental, no Caderno 34 (BRASIL, 2013), aos núcleos de apoio à saúde da família, no Caderno 29 (BRASIL, 2021) aos consultórios na rua, pessoas em situação de rua, dentre outros. Ainda no portal da SAPS-MS, há também uma página específica que apresenta todas as linhas de cuidado elaboradas, contendo protocolos clínicos referentes ao transtorno afetivo bipolar, transtorno agressivo no autismo, tabagismo, transtorno por uso de álcool no adulto, depressão e transtorno ansioso adulto (BRASIL, *S.d.*). Ao clicar nestas linhas de cuidado, há nelas o ícone RAPS, que, ao ser selecionado, nos direciona a uma página, que apresenta uma breve descrição da organização da rede e cita como material de apoio: a Portaria de Consolidação (PRC) nº 3/2017 (BRASIL, 2017a), a Portaria nº 3.588/2017 (BRASIL, 2017b), um documento técnico sobre atenção psicossocial à crianças e adolescentes e outro sobre CAPS e Unidade de Acolhimento (UA), como dispositivos/pontos de atenção no território e dois materiais técnicos, produzidos pelo Departamento de Atenção Especializada e Temática e pelo Conselho do Ministério Público (BRASIL, 2014). Em uma primeira análise, compreendemos que estes documentos técnicos, mesmo sendo relevantes para a organização da atenção em saúde mental na RAPS, não compõem o corpus desta pesquisa, cujo objetivo é analisar as publicações legislativas no âmbito da saúde mental.

A busca realizada na Biblioteca Virtual da Saúde – BVS detectou outros 14 documentos técnicos, destes, sete não tinham o texto completo disponível para acesso. De modo geral, trata-se de publicações realizadas pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde com o objetivo de orientar profissionais e gestores em relação a temas específicos da Política, como a linha de cuidado do espectro autista e orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA, ambos de 2015.

A partir dos achados, definimos três eixos analíticos a fim de melhor sistematizar nossas reflexões e traçar as forças que atravessam a proposição das políticas públicas em saúde mental: 1. Reorganização das normativas; 2. Nova Política de Saúde Mental; 3. Desinstitucionalização.

Ressaltamos que há analisadores que perpassam todo nosso processo reflexivo e analítico, como a participação social, a falta de transparência dos dados, e as inconsistências nas informações disponíveis nos meios oficiais do governo, aprofundaremos em nossas discussões a seguir.

## 1. Reorganização das normativas: portarias de Consolidação, um mapeamento necessário

Depois de hoje  
a vida não vai mais ser a mesma  
a menos que eu insista em me enganar  
aliás  
depois de ontem  
também foi assim  
anteontem  
antes  
amanhã (LEMINSKI, 2013; p. 21)

Na página do Ministério da Saúde (Acesso à informação – Ações e Programas – CAPS – Legislação) foram encontradas apenas três portarias alusivas a estruturação da Política de Saúde Mental: a portaria de consolidação nº. 3, de 28 de setembro de 2017, que trata das normas sobre as redes no SUS (BRASIL, 2017); a portaria de consolidação nº. 6, de setembro de 2017, que trata da transferência de recursos para ações e serviços do SUS (BRASIL, 2017c); e a portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que altera as portarias anteriormente citadas e redireciona a organização da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS (BRASIL, 2017b).

As Portarias de Consolidação – PRC, assim como a terminologia sugere, surgem como uma proposta de reorganização da legislação que normatiza o sistema único de saúde, revisa e revoga as portarias já sem efeito, com o objetivo de tornar as buscas mais acessíveis e lógicas. Os seis grandes blocos temáticos que congregam as normativas são definidos da seguinte forma: o primeiro bloco consolida as normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do SUS; o segundo consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde; o terceiro aglutina as normas que tratam das redes no âmbito do SUS; o quarto comporta as normas dos sistemas e subsistemas do SUS; o quinto contempla as ações e os serviços de saúde do SUS, e por fim o último eixo que trata do financiamento do SUS (Figura 1).

**Figura 1 – Blocos temáticos das portarias de consolidação**



Fonte: Rosa (2017).

No âmbito da Saúde Mental, na portaria de consolidação nº 01/2017 (BRASIL, 2017d), no anexo XV, foram identificadas proposições relacionadas aos direitos e deveres dos usuários e a definição de atenção psicossocial, que trata da tipificação dos estabelecimentos de saúde e deriva da Portaria do Gabinete do Ministro, Ministério da Saúde (PRT GM/MS) nº 2.022/2017.

A portaria de consolidação nº 02/2017 (BRASIL, 2017e), em seu anexo II, aborda as normativas da política de Saúde Mental, instituída pela lei 10.2016/2001, registrada originalmente na PRT MS/GM 3.796/2010 e que institui o colegiado nacional de coordenadores de saúde mental. O anexo XXIX trata da política de atenção às pessoas do espectro autista, referente a PRT MS/GM 962/2013. Identificamos também temas transversais a saúde mental como:

- As normativas para organização e funcionamento das equipes de consultório na rua, derivada da PRT MS/GM 122/2012;
- A política de atenção à pessoa em conflito com a lei, derivada da PRT MS/GM 1.082/2014, que trata da serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, revogada pela portaria 1325/2020 e
- A regulamentação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), derivada da PTR 3124/2012 e revogada pela PRT MS/GM 2979/2019.

A maior parte das normativas referentes à rede de saúde mental estavam aglutinadas na portaria que consolida as normativas de organização das redes de atenção, PRC 3 (BRASIL, 2017a), reúne as portarias que regulamentam a Rede de Atenção Psicossocial, origem PRT

MS/GM 3088/2011, o comitê de mobilização social para a RAPS – PRT MS/GM 1306/2012, os CAPS AD III, PRT MS/GM 130/2012, às Unidades de Acolhimento – PRT MS/GM 121/2012, os CAPS AD IV – PRT MS/GM 3588/2017, as Equipes multiprofissionais especializadas em Saúde Mental, PRT MS/GM 3588/201, serviço hospitalar de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas – PRT MS/GM 148/2012 e os Serviços Residenciais Terapêuticos – PRT MS/GM 106/2000 e PRT MS/GM 3090/2011.

As normatizações, quanto à necessidade de notificação compulsória referentes ao suicídio, encontram-se no Anexo I, da PRC 4/2017<sup>31</sup>, que trata dos sistemas e subsistemas do SUS, juntamente com os demais agravos de notificação obrigatória.

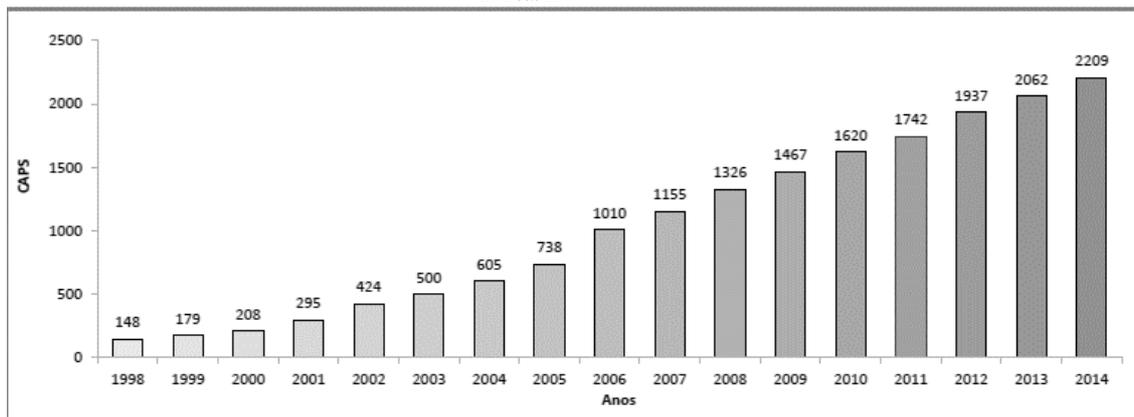
A portaria de consolidação nº 5/2017 (BRASIL, 2017f) regulamenta as ações e serviços de saúde no SUS, em seu Título I, Capítulo III, que dispõe sobre os Programas de volta pra casa, PRT MS/GM 2077/2003, de Desinstitucionalização, PRT MS/GM 2840/2014, de Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas, PRT MS/GM 2197/2004, do Programa de Redução de Danos, PRT MS/GM 1028/2005, de Avaliação dos hospitais psiquiátricos, PRT MS/GM 251/2002, de organização das ações assistenciais em Saúde Mental, PRT MS/GM 799/2000 e do programa de atenção comunitária integrada a usuários de álcool e outras drogas, PRT MS/GM 816/2002. Apesar de abordar temas tão caros para a política de Saúde Mental, e talvez por isso, a portaria de consolidação número 5 de 2017 (BRASIL, 2017g) não é mencionada na página oficial do Ministério da Saúde. No ano de 2022 o item da referida portaria, que trata do programa de desinstitucionalização foi revogada pela portaria nº 596/2022 (BRASIL, 2022).

Por fim, a portaria de consolidação nº. 6/2017 (BRASIL, 2017c) trata do financiamento do SUS e dedica o capítulo 3 às normas de financiamento e repasse financeiro para a Saúde Mental, onde se encontram as regulamentações de custeio e incentivo para implantação dos CAPS, SRT, UA, SHR, Serviços de atenção residencial, incluindo as CT, oriundas das portarias PRT MS/GM 615/2013, PRT MS/GM 131/2012, PRT MS/GM 121/201, PT 130/2012, pt 3089/2011, PRT MS/GM 3090/2011 PRT MS/GM 121/2012, Origem: PRT MS/GM 148/2012, e incentivos financeiros para ações de reabilitação psicossocial, desinstitucionalização PRT MS/GM 132/2012, PRT MS/GM 2840/2014.

Ao analisar as portarias de consolidação, não há indícios de que elas tenham trazido novidades em termos de política de saúde mental, as quais se concentram no período seguinte da portaria de redes durante os anos 2011 e 2012. Este período foi fundamental para a RAPS, dado o significativo aumento no número de novos equipamentos e maior aporte financeiro para

custeio e fortalecimento da rede, muito embora o custeio das ações de reabilitação psicossocial repasse em parcela única, sem incorporação de repasse mensal para manutenção das ações.

**Figura 2 – Série histórica da expansão dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS – Brasil**



Fonte: Brasil (2015).

Apesar de ser uma tentativa de organização e revisão do ordenamento jurídico do SUS, e não apenas da Saúde Mental, com o intuito de tornar mais objetivo e de fácil acesso, as portarias de consolidação deram um tom de revogação, em um momento delicado do cenário político brasileiro. No final de 2017, logo após a publicação das portarias de consolidação, foram editadas duas normativas específicas à Rede de Atenção Psicossocial – RAPS que alteram substancialmente sua estrutura (BRASIL, 2017b; 2017h).

## 2. Nova Política de Saúde Mental: forças, sutilezas e inconsistências

o tempo  
entre o sopro  
e o apagar da vela (BRASIL, 2014; p. 23)

A partir de 2017, inicia-se um movimento consistente de mudança da política pautado no discurso de haver uma lacuna na assistência em saúde mental. Nesse movimento, é publicada a portaria nº 3.588/2017 (BRASIL, 2017b) e a Resolução CIT nº 32/2017 (BRASIL, 2017i) que estabelece critérios para o fortalecimento da RAPS.

Cruz, Gonçalves e Delgado (2022) apontam que o primeiro sinal de uma mudança significativa aconteceu em 2016, com a deposição do governo da então presidenta, Dilma Rousseff. A partir desse momento histórico, há uma tomada do poder e imediata reorganização da estrutura governamental no nível federal – Ministérios, Departamentos, Secretarias, Áreas Técnicas – e, conseqüentemente, a indicação de um novo coordenador de saúde mental, Valencius Wurch Duarte Filho, médico psiquiatra, que vinha de um longo histórico de administração de hospitais psiquiátricos, um dos quais havia sofrido intervenção do Ministério

da Saúde com a recomendação de fechamento da instituição, em decorrência das graves violações de direitos humanos ali encontradas, a Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi, no Rio de Janeiro. Valencius permaneceu no cargo apenas quatro meses, em virtude de vários movimentos deflagrados no País com o apelo “Fora Valencius”, incluindo a ocupação em frente ao Ministério da Saúde por manifestantes durante 123 dias (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA, 2015; CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2016).

No âmbito legislativo, a portaria nº 3.588/2017 (BRASIL, 2017b) traz três grandes mudanças nos componentes da RAPS: cria os CAPS AD IV, as equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental, e altera as normativas dos serviços residenciais terapêuticos (SRT) e do componente hospitalar, que passam a compor a RAPS e voltam a receber incentivo financeiro.

O CAPS AD IV tem seu funcionamento regulamentado pela portaria nº 544/2018 (BRASIL, 2018). Esses equipamentos foram inseridos na RAPS com o objetivo de ampliar e potencializar a assistência em municípios com alta incidência de consumo de crack – portanto, sua implantação considera o contingente e o perfil populacional. Em análises críticas à proposição desse serviço, emergiram alguns posicionamentos referente a lógica de atenção, que reforçaria a internação de usuários de crack, principalmente, em detrimento de uma atenção territorial.

Apresenta a característica estrutural de um pequeno hospital psiquiátrico, uma vez que tem “enfermarias” (e não “acolhimento noturno”, como nos CAPS III) de até 30 leitos! Uma estrutura com estas características não condiz com o referencial de cuidado pautado nos vínculos, na humanização, no cuidado de base territorial e na construção de projetos terapêuticos singularizados (CRUZ, GONÇALVEZ & DELGADO, 2020; p. 7).

Dentro do ordenamento jurídico brasileiro é sabido que uma portaria não pode anular uma lei, assim como esta não pode ferir a Constituição Federal. A lei nº 10.216/2001, marco legal da mudança no modelo de atenção psicossocial, não trata especificamente da redução progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos, que ficou explicitado na portaria nº 52/ 2004 – institui o Programa Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar e considera a necessidade de elementos técnicos para a redução progressiva desses leitos<sup>1,4</sup> – e em documentos técnicos. Nesse cenário, não há impedimento legal que evite que outra portaria possa financiar os hospitais psiquiátricos, enquanto ponto de atenção da RAPS.

Cabe ressaltar que a Constituição Federal em seu artigo 198, a Lei Orgânica da Saúde – LOAS 8142/1990 e o artigo quatro da lei 10216/2001, asseguram a participação da população no desenvolvimento das Políticas Públicas em Saúde (BRASIL, 1990; 2001). Ou seja, tamanha

mudança na conformação da RAPS deveria ter sido, a princípio, levada para uma consulta pública, fato que foi duramente criticado, pública e formalmente, por órgãos representativos, pesquisadores, trabalhadores, gestores e usuários do SUS.

Amparados pelas normatizações acima descritas, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e outras organizações se posicionaram veementemente contra esse fato. Na tentativa de reverter o processo, o CNS emitiu duas recomendações solicitando a revogação da PRT nº 3.588/2017 (BRASIL, 2017b), a resolução nº 01/2018 (BRASIL, 2018) e a resolução nº 23/2019 (BRASIL, 2019). O Conselho Nacional dos Direitos Humanos (CNDH), mediante a Recomendação nº 03, de 14 de março de 2019 (BRASIL, 2019), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), Defensoria Pública, Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão da União, conselhos profissionais – como o de psicologia –, além da expressiva reação dos movimentos sociais e representativos dos usuários e trabalhadores da saúde mental (CRUZ, GONÇALVEZ & DELGADO, 2020). Ao longo da história da criação e implantação do SUS, identificamos haver diferentes forças e interesses, constituindo um cenário persistente de luta e de defesa da máxima da garantia dos direitos constitucionais.

A mudança no modelo de atenção de uma política, portanto, também envolve interesses de diferentes atores, ficando evidente a interferência de quem está no poder. Ao analisarmos, por exemplo, a Coordenação Geral da Saúde Mental, álcool e outras drogas, no MS, que foi extinguida pelo Decreto nº 11.098, de 20 de junho de 2022, reconhecemos que as nomeações dos coordenadores refletia esses interesses – a comparar Pedro Gabriel Delgado (2000-2010); Roberto Tykanori Kinoshita (2011-2015); Valencius Wurch Duarte Filho (2015-2016); Quirino Cordeiro Júnior (2017- 2019); Maria Dilma Alves Teodoro (2020-2021); Rafael Bernardon Ribeiro (2021-2022), sabemos que os dois primeiros, Delgado e Tykanori, representavam o movimento da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, já os demais trazem a pauta da mudança na política, a defesa do hospital psiquiátrico e práticas de cuidado, como a eletroconvulsoterapia, para a cena da saúde mental.

Os protestos e posicionamentos contrários não evitaram a aprovação das alterações na Política em um plenário esvaziado, segundo a imprensa. A falta de participação da sociedade foi apontada pela Abrasme como *modus operandi* dos grupos que atualmente ocupam o governo – “Trazer para ‘discussão’ temas importantes, de surpresa, sem participação da sociedade, co-optação, desinformação e busca de votação em momentos de pouco acesso da população, como véspera de natal, feriados, à noite etc. (OBSERVATÓRIO DE ANÁLISE POLÍTICA EM SAÚDE , 2018).

Ainda no ano de 2018, duas portarias receberam destaque em decorrência do impacto na sustentabilidade da rede de saúde mental e na continuidade da assistência à população,

ocasionando mobilização social. Uma delas foi a portaria nº 3.659/2018 (BRASIL, 2018), que suspendia recurso de custeio de vários componentes da RAPS – CAPS, leitos, UA, SRT, sob a alegação de que tais serviços estavam sem produção registradas nos Sistemas de Informação há mais de três meses, sugerindo que estes serviços não estavam funcionando, já que não produziam. Atribuindo um tom superficial e gerencialista ao discurso em voga.

É sabido o quão fundamentais são os dados para a gestão das políticas públicas, porém, eles devem estar articulados a outros elementos, com indicadores adequados para garantir uma análise também qualitativa à avaliação e aos impactos das políticas na atenção às pessoas. Ou seja, não atingir quantitativamente um determinado indicador – registro de produção – há de se ter uma análise criteriosa, de forma a construir um diagnóstico situacional que identifique os principais entraves na implantação da política e um plano de ação para seu enfrentamento. Pode haver, portanto, uma série de fatores que podem estar associados a ausência de registros nas bases oficiais, desde a falta de treinamento dos profissionais que alimentam os sistemas, ausência de conectividade via internet, até a própria fragilidade de recursos para o pleno funcionamento dos serviços.

Por exemplo, de uma rede de atenção à saúde, que funcione de forma eficiente, espera-se que haja redução nos registros de internação hospitalares, pois uma APS forte e abrangente promove saúde, altera a lógica de encaminhamentos desnecessários a outros níveis de atenção e, conseqüentemente, reduz custos, além de atuar na prevenção quaternária, ao minimizar a exposição dos usuários aos excessos de tecnologia. Assim, não se pode dizer que os leitos serão desabilitados por que não funcionam.

É dessa compreensão, superficial e gerencialista, que a ausência de dados quantitativos foi utilizada para questionar a eficiência da RAPS e se sustentou a disseminação da narrativa de que seria necessária uma nova política de saúde mental, supostamente mais robusta e ampla, com serviços de média e alta complexidade. É nesse bojo que se reinserem os hospitais psiquiátricos, os CAPS AD IV e as equipes especializadas, e se tem a publicação da portaria nº 3.588/2017 (BRASIL, 2017b), a qual foi duramente questionada pelos movimentos sociais, uma vez que não foi apresentada qualquer avaliação que comprovasse a alegação.

Mesmo com toda a mobilização, a implementação da nova política seguiu sem a revogação da portaria nº 3.588/2017 (BRASIL, 2017b). Compreendemos que a articulação das diversas camadas representativas da sociedade, a exemplo a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal – recomendação nº 04/2018 (BRASIL, 2019) – que solicitou ao Ministério da Saúde suspensão da portaria nº 3.659/2018 (BRASIL, 2018) que desabilitava serviços como CAPS, SRT e SHR em vários pontos do território nacional. Tais

medidas contribuíram incisivamente para desacelerar as tentativas de desinvestimento e desarticulação da RAPS.

### 3. Desinstitucionalização: efeitos e sinais da nova política e das forças que operam no governo

isso aqui  
acaso  
é lugar  
para jogar sombras? (LEMINSKI, 2013; p. 21)

Em dezembro do ano de 2020, foi apresentado pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Conselho Federal de Medicina (CFM), Federação Nacional dos Médicos (FENAM), Associação Brasileira de Impulsividade e Patologia Dual (ABIPD) e Sociedade Brasileira de Neuropsicologia (SBNp) em reunião da Câmara técnica do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), um documento intitulado “Diretrizes para um Modelo de Atenção integral em Saúde Mental para o Brasil” (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2020), com a intenção de pautar tal discussão em reunião próxima da Comissão Intergestora Tripartite (CIT). Entre as intenções, estava a revogação de mais de 100 portarias entre os anos de 1991 e 2014, referentes à saúde mental e as bases do modelo de cuidado comunitário em rede (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL, 2019).

Tais articulações vinham acontecendo sem o compartilhamento com outros segmentos representativos da sociedade, como o próprio Conselho Nacional de Saúde. Junto ao documento também circulou de modo informal (como um material “vazado”), através das redes sociais, uma planilha, que continha as portarias a serem revogadas e comentários dos que defendiam a revogação.

De imediato, houve uma série de mobilizações de organizações da sociedade civil, universidades, associações e conselhos profissionais e movimentos sociais criando a Frente Ampliada Nacional em defesa da saúde mental, reforma psiquiátrica e luta antimanicomial (FASM). O movimento intitulou a proposta do governo de “revogação”, e se articulou e instrumentalizou para fazer frente e impedir a concretização dela, incluindo um ofício com assinatura de 120 instituições enviados à Defensoria dos Direitos do Cidadão e um Relatório Síntese do posicionamento científico-crítico-ético-político sobre a saúde mental no Brasil (WÜNSCH et al, 2021). Apoios e posicionamentos ecoaram questionando também a representatividade da ABP – como afirmaram os psiquiatras Humberto Costa (CHAGAS, 2020), Marcelo Kimat Dias (COLLUCCI, 2020), Leon de Souza Lobo Garcia (COLLUCCI, 2020; LEMES, 2020) e Paulo Amarante (LEMES, 2020). No cenário internacional, houve o

posicionamento dos psiquiatras Manoel Desviati, que foi consultor da OPAS, Ernesto Venturini (Anexo), referência no processo de desinstitucionalização e Benedetto Sarraceno (SARRACENO, 2020), consultor de saúde mental da OMS, ressaltando a gravidade do “revogação” e fomentando a necessidade de articulação da sociedade frente a este momento de fragilização e ataque à Política Nacional de Saúde Mental.

Em contrapartida, o CONASS se pronunciou afirmando não ter recebido qualquer proposta oficial do Ministério da Saúde, o qual emitiu uma nota de esclarecimento na qual menciona a existência de um Grupo de trabalho “*encarregado de analisar, discutir, aprimorar, revogar e criar novos instrumentos para a garantia do cumprimento da nova Política Nacional de Saúde Mental, aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT)*” (COLLUCCI, 2020). O referido grupo de trabalho era composto pelo Ministério da saúde e da cidadania, Conselho Federal de Medicina (CFM) e Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), CONASS e CONASEMS, sem representatividade de outros atores como Universidades, segmento usuário e trabalhadores da Saúde Mental. Também nesta nota, o Ministério da Saúde afirma que os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), “*por não se tratarem de equipamentos médicos e serem destinadas, exclusivamente, ao acolhimento e reabilitação social, discute-se a sua transferência para o âmbito do Ministério da Cidadania*” (COLLUCCI, 2020).

A ABP também se posicionou por nota de esclarecimento, apontando indignação e atribuindo à notícia o tom de “*fake news*”, e em entrevista concedida ao Jornal Folha de São Paulo, Antônio Geraldo da Silva, então presidente da ABP, criticou duramente o modelo de atenção proposto pelos CAPS, afirmando “*que em lugar nenhum do mundo existe CAPS*” e na sequência compara o modelo de atenção público com o privado, “*o que você faz no sistema privado? Você pega, liga, marca uma consulta e vai lá. Por que o sistema público não pode imitar o sistema privado? (...)*”. Também afirma que as diretrizes da nova política de saúde mental “*(...) Precisava ser amplamente implementadas para que a desassistência aos pacientes com transtornos mentais, fruto de ideologias irresponsáveis, seja finalizada em nosso país (...)*” (COLLUCCI, 2020).

Tal argumentação nos aponta os interesses desse grupo “*em desmontar todo o aparato construído para dar fim aos manicômios no Brasil*” (BRASIL, 2020). Tentando imprimir no Sistema Público a lógica neoliberal dos sistemas de atenção à saúde mental privados, desconsiderando o caráter público, universal e coletivo do SUS, da RAPS, contrapondo-se às discussões e reiteraões mundiais quanto à saúde coletiva e saúde mental (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022). Na RAPS, no SUS, não se visa o lucro, mas a promoção de saúde, a prevenção de agravos e reabilitação psicossocial, com estratégias de enfrentamento das

desigualdades sociais e garantias de direitos individuais e coletivos, bem como a produção de modos de vida e existências menos apartados da sociedade e estigmatizados. Diferente, portanto, do sistema privado, cujo compromisso é com a assistência individual e com o lucro. Nessa perspectiva, o que de fato seria “ideologia irresponsável” como referido por Antônio Geraldo na entrevista à Folha de São Paulo?

Nesse bojo de questões e forças, ao nos atentarmos ao documento “Diretrizes para um Modelo de Atenção integral em Saúde Mental para o Brasil” publicado pela ABP (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, *S.d.*), nos chama a atenção a menção de que os psiquiatras estariam sendo excluídos do cuidado em saúde, pelo modelo assistencial vigente e a afirmação de que a exclusão de hospitais psiquiátricos da RAPS não se sustenta cientificamente e está causando desassistência. No entanto, o documento não apresenta qualquer evidência científica que reitere esse desfecho/afirmação.

**Figura 3 – Propostas apresentadas no documento “Diretrizes para um Modelo de Atenção integral em Saúde Mental para o Brasil” da ABP**

<b>Nível</b>	<b>Forma</b>	<b>Serviço</b>
<b>PRIMÁRIO</b>	<b>Cuidados Primários de Saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Serviço de acompanhamento médico por clínico geral</li> <li>- Serviço de cuidados psiquiátricos gerais</li> <li>- Tratamento das principais complicações somáticas</li> <li>- Emergências e acidentes</li> <li>- Desintoxicação ambulatorial</li> <li>- Orientação familiar</li> <li>- Intervenção/orientação breve</li> <li>- Encaminhamento para serviços mais complexos</li> <li>- Prevenção de doenças transmissíveis pelo uso de substâncias causadoras de dependências</li> </ul>
<b>SECUNDÁRIO</b>	<b>Ambulatório com acesso facilitado (Comunitário)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientações psicológicas baseadas em evidências (Terapias Cognitivo Comportamental, Motivacionais, Treinamentos de Habilidade Social)</li> </ul>
	<b>Ambulatório Médico Especializado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grupos terapêuticos para facilitar abstinência</li> <li>- Grupos de orientação profissional</li> <li>- Programa de facilitação de acesso ao tratamento</li> <li>- Avaliação e orientação de comorbidades psiquiátricas</li> <li>- Desintoxicação ambulatorial medicamentosa</li> <li>- Orientação familiar estruturada</li> </ul>
	<b>Ambulatório Especializado em DQ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tratamento de comorbidades psiquiátricas complexas</li> <li>- Tratamentos psicológicos estruturados, associados com orientação familiar</li> <li>- Desintoxicação complexa</li> <li>- Hospital Dia</li> <li>- Intervenção estruturada em crise</li> <li>- Núcleo de atenção a pacientes com duplo-diagnóstico</li> </ul>
<b>TERCIÁRIO</b>	<b>Programa de Internação em Hospital Geral</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Internação em unidade especializada</li> <li>- Desintoxicação complexa e com comorbidade somática e/ou psiquiátrica</li> <li>- Tratamento de intercorrências somáticas</li> <li>- Tratamento de comorbidades psiquiátricas</li> </ul>
	<b>Programa de Internação em Unidades Especializadas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programas estruturados para avaliação e tratamento de comorbidade psiquiátrica e DQ</li> <li>- Programas complexos de reabilitação psicossocial com longa duração (mais de 3 meses)</li> <li>- Moradias assistidas</li> </ul>

Fonte: Associação Brasileira de Psiquiatria (2020).

O documento também apresenta um conjunto de propostas (Figura 3), a fim de reorganizar a RAPS, desconsiderando a construção enredada, dialógica e corresponsável das redes de atenção e contrapondo-se à normativa de organização de Redes, que toma como diretriz a importância do protagonismo da APS, para reduzir a fragmentação do cuidado, democratizar o acesso, intervir nos determinantes sociais e aumentar a eficiência do sistema (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2008).

Cabe aqui argumentar que, nessa perspectiva, os hospitais servem de retaguarda para os casos graves que necessitem de recursos de maior densidade tecnológica e atuação focada na remissão do agravo. Esse tipo de recurso, além de exigir maiores investimentos para sua

manutenção, será demandado por uma proporção muito menor da população, em comparação às unidades básicas de saúde.

(..) fixam-se os parâmetros de 2 a 3 consultas médicas por mil habitantes, sendo 12% de consultas básicas de urgência, 3% de consultas de urgência pré-hospitalar e de urgência, 63% de consultas médicas básicas e 22% de consultas médicas especializadas (MENDES et al, 2019).

No Brasil, os parâmetros de cobertura são critérios para estimar as necessidades de serviços de saúde a partir de dados epidemiológicos e recursos orçamentários disponíveis com o objetivo de orientar os gestores no planejamento e oferta de serviços para uma determinada região de saúde (BRASIL, 2015). Soma-se a esse fato a existência de evidências que apontam para alta resolubilidade da APS em relação a maioria dos problemas de saúde do seu território, reduzindo inclusive a necessidade de encanamentos para outros níveis de atenção (FILHO & BARBOSA, 2014).

A redução substancial da demanda por leitos hospitalares vem acontecendo no cenário internacional de forma histórica em decorrência das mudanças epidemiológicas, demográficas e também das mudanças do modelo de atenção que foca na APS e na expansão de sua cobertura assistencial, além do advento de novas modalidades de atenção, possibilitadas pelo avanço tecnológico e sua incorporação no setor saúde. Alguns estudos apontam a importância dessa reversão de modelo e de investimentos,

(...) para estruturar a atenção integral à saúde em um sistema em que praticamente todo o cuidado era focado na atenção hospitalar, foi necessário grande investimento nos outros elementos constitutivos da rede de atenção, especialmente na atenção primária à saúde (NEGRI FILHO & BARBOSA, 2014).

Os documentos que acessamos – portaria nº 3.588/2017 (BRASIL, 2017b) e nº 2.434/2018 (BRASIL, 2018); nota técnica 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS (BRASIL, 2019) –, nesse período denominado pela gestão federal (2016 - 2022) de reestruturação da política de saúde mental, apontam para um caminho inverso, não havendo qualquer menção de fortalecimento das ações na APS, deixando explícito “que a desinstitucionalização não será mais sinônimo de fechamento de leitos e de Hospitais Psiquiátricos” (VENTURINI, 2010).

Há alguns contrassensos nos documentos analisados, a portaria nº 2.434/2018 (BRASIL, 2018), ao alterar a portaria de consolidação nº 6/2017 (BRASIL, 2017c), aumenta o valor do repasse financeiro para os hospitais psiquiátricos, no entanto, a resolução CIT nº 32/201 (BRASIL, 2017i) – estabelece as diretrizes para o fortalecimento de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no art. 5º, veta a ampliação de leitos psiquiátricos, tendo como referência o número de leitos até então registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

(CNES), e no art. 8º apresenta como diretriz o fortalecimento do processo de desinstitucionalização dos moradores de hospitais psiquiátricos, por meio de ações de financiamento e apoio técnico, sendo necessário a criação de novos SRT.

Nos textos da nova proposta é ressaltada a consonância com a lei federal nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001), porém nos é curiosa essa nova visão acerca dos hospitais psiquiátricos como importantes para garantir a qualidade da assistência às pessoas com transtornos mentais, mas não importantes o suficiente para sua expansão mediante criação de novos leitos.

Venturini<sup>62</sup> define o termo “desinstitucionalização” como de origem anglo-saxônica, utilizada na década de 1960 para sinalizar a superação de um modelo de cuidado centrado nos manicômios para um modelo no qual as pessoas não deveriam mais ser tratadas dentro de instituições, mas no território. O autor alerta para o uso equivocado do termo, uma vez que sua interpretação pode sofrer alterações conforme o cenário o contexto no qual está inserido, especialmente quando em coexistência com os manicômios:

A desinstitucionalização em um contexto em que existe ainda o manicômio ou pouco se faz para alcançar a curto prazo sua superação é completamente diferente da desinstitucionalização realizada em um contexto onde ao contrário não tem mais manicômio (VENTIRINI, 2010; p. 142).

Nesse sentido, convém afirmar que o processo de desinstitucionalização não será sinônimo de fechamento de leitos, é preciso ter claro os meios necessários para se criar de 200 SRT até o final do ano 2018 e possibilitar maior flexibilidade aos gestores na organização desses serviços, conforme previsto no item I e II do art. 8 da resolução nº 32/2017 da CIT (BRASIL, 2022). A ampliação de serviços residenciais terapêuticos limitada a um recorte temporal específico, desassociada do fortalecimento de estruturas de reabilitação psicossocial, geração de renda, reinserção social, pode ser perigosa e transformar-se em uma nova forma de institucionalização, especialmente quando se atribui flexibilidade aos gestores para organização desses serviços.

Em 2022, com a publicação da portaria nº 596/2022 (BRASIL, 2022), as portarias de consolidação nº 5 (BRASIL, 2017g) e nº 6 (BRASIL, 2017c), de 2017, sofreram significativas alterações com a revogação dos artigos que tratam do programa de desinstitucionalização e do seu custeio, respectivamente. Em nosso levantamento, ao acessarmos a página do Ministério da Saúde, não encontramos a portaria de consolidação nº 5 publicada, chamando-nos a atenção, já que a desinstitucionalização é um dos aspectos estruturantes que norteia a Política de Saúde Mental.

Publicações recentes sinalizam e discutem o movimento de contrarreforma, ou seja, a realização de investimentos e normatizações que vão na contramão do que foi proposto pela lei nº 10.216/2001 (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL, 2019; CRUZ, GOLÇALVES & DELGADO, 2020; GUIMARÃES & ROSA, 2019; MIGUEL & MEDEIROS, 2022; NUNES et al, 2019; PEREIRA, 2011; PITTA & GULJOR, 2019)

No cenário internacional, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou relatório em 2021, contendo a atualização do plano de ação para o fortalecimento das ações em saúde, no qual reafirma a urgência em implementar cuidados pautados nos direitos humanos e de investir em uma rede de serviços e ações ampla que contemple ações de promoção, prevenção integrados em um ambiente comunitário (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021). Ou seja, o modelo de organização da RAPS, com foco nos cuidados de base comunitária, comunga com o plano de ação da OMS, e dialoga com modelos de atenção em Saúde Mental adotados em outras partes do mundo, como Itália, Portugal e Canadá, não sendo uma exclusividade ou invenção brasileira.

Esses contrassensos e a ausência de um arcabouço operacional que vise o comprometimento da nova Política de Saúde Mental em de fato fortalecer as estratégias de desinstitucionalização, nos sugere a manter o questionamento se de fato há o interesse de se investir no fortalecimento da RAPS, nos seus diversos componentes e pontos de atenção.

### **3.4 Considerações Finais**

“É preciso estar atento e forte”

(Caetano Veloso, 1968)

Ao iniciarmos esse percurso, nos deparamos com alguns desafios importantes, entre eles, a dificuldade em localizar, em uma linha do tempo, os dados referentes à saúde mental nos canais oficiais do governo. As portarias de consolidação, enquanto proposta de reorganização das portarias por temas, nos norteou na identificação e análise temporal deste tipo de normativa. Porém, decretos, notas técnicas e as portarias que habilitam, desabilitam ou efetuam repasses financeiros aos serviços não estavam alocadas em único sítio, como constatamos, dificultando o acesso e a compreensão dos acontecimentos, principalmente no período de 2016 a 2020. Além disso, o documento que registrava a evolução dos serviços da RAPS, Saúde Mental Dados, publicado anualmente desde o ano de 2006, teve a penúltima publicação em 2015, ano que precedeu o avanço psiquiátrico na condução da política e a última

publicação em outubro de 2022, apresentando uma lacuna de 7 anos nos dados para livre consulta e acompanhamento. Ao nos depararmos com a falta de transparência nos dados, compreendemos haver intencionalidade da atual gestão federal em nos fazer transitar por tantos sítios e remanejamentos de secretarias e ministérios. Consideramos que o fato de não acessarmos com facilidade a linha histórica da produção legislativa é sim uma escolha em mascarar as mudanças no delineamento da política de saúde mental na última década e desmobilizar a articulação e enfrentamento dos movimentos sociais representativos de trabalhadores, usuários e familiares.

A quem interessa, portanto, os manicômios?

Ao confrontarmos e depurarmos os arquivos – os dados coletados e os acontecimentos na última década, ficou explícita a atuação e articulação da classe médica, representada em partes pela Associação Brasileira de Psiquiatria, que sem constrangimento bradava, em redes, imprensa e em documentos, estar sendo excluída do cuidado na política de saúde mental, o que não aparece no arcabouço legislativo, muito menos nos indicadores e notas técnicas, visto que nos documentos analisados os serviços habilitados estão organizados em uma rede de atenção que opera a partir do trabalho interprofissional colaborativo, organizado, portanto, por equipes que na composição mínima inclui psiquiatras.

É certo que os hospitais seguem sendo os serviços onde a hierarquia e poder médico estão enraizados e nos leva a considerar que se trata muito mais de um projeto de poder do que da qualificação da RAPS, já que nos equipamentos territoriais as relações buscam uma construção horizontalizada e pautada no vínculo.

Em todas as categorias analíticas, a participação popular surge de forma expressiva frente às mudanças pautadas, de forma pouco participativa ou limitada a um grupo de trabalho pouco representativo. Há na Reforma Psiquiátrica uma perspectiva de luta e mobilização de coletivos bastante sólida, como vemos anualmente nos atos do “18 de maio”, dia nacional da luta antimanicomial. O enfrentamento contínuo às tentativas de mudanças na política de saúde mental, a perspectiva crítica dos múltiplos atores, conforme apresentado no texto, quanto ao modelo de atenção que corresponda às necessidades de saúde e de vida da população com transtorno mental e sofrimento psíquico, foram imprescindíveis para a articulação das mobilizações e na contenção dos interesses políticos das gestões federais de 2016 a 2022. Ou seja, essa mobilização teve impactos para barrar ou minimizar os avanços, além de se destacar como ator estratégico para articular outros segmentos e instâncias de controle a fim de garantir que as políticas públicas não sejam orientadas por interesses de um grupo específico em detrimento dos interesses da população.

Ainda nos cabe um estado de alerta, dado o risco iminente de mudanças estruturais na política nacional de saúde mental que corroborem com uma perspectiva especialista, médico centrada e hospitalocêntrica, portanto, contrarreformista, visto a publicação da portaria nº 596/2022, que revoga as ações do programa de desinstitucionalização, e aponta que o movimento enfraqueceu, mas não cessou.

## **REFERÊNCIAS**

## 4<sup>7</sup> ESCALONAMENTO DO CUIDADO COMO ESTRATÉGIA PARA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: REVISÃO INTEGRATIVA

### 4.1 Introdução

Há no cenário mundial importante discussão sobre o cuidado integrado. Organismos internacionais têm orientado a consolidação de sistemas de saúde mais eficientes e capazes de oferecer assistência de qualidade, como a organização de uma rede de serviços de saúde integrada (OPAS), visando mitigar a fragmentação do cuidado. O desafio que se apresenta para os gestores públicos é buscar soluções e estratégias que possibilitem colocar em prática as diretrizes e princípios para essa organização, uma vez que o cuidado em saúde não pode ser suprido por um único serviço, tampouco por um único setor.

Luo *et al.* (2015) apontam que a maior parte dos recursos em saúde (80%) é gasta com uma menor parte da população (20%), refletindo uso inadequado dos recursos em saúde e resultados insatisfatórios na saúde da população, ou seja, gerando iniquidades de acesso, além de prejuízos para o sistema de saúde. Estudos apontam que o gerenciamento adequado do risco em condições crônicas são vantajosos, dada a possibilidade de redução dos custos em saúde em 15%, redução de internações e reinternações em até 40% e da melhoria da qualidade de vida entre 30 e 60% (ADAMS *et al.*, 2011; CALOYERAS *et al.*, 2014; GRENYER *et al.*, 2018; LOU *et al.*, 2015; RUBIN, DIETRICH & HAWK, 1998).

No Brasil, a partir de 2011 foram priorizadas Redes de Atenção à Saúde – RAS temáticas – Rede de Atenção à Saúde Materno e Infantil – Rede Cegonha; Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE); Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Rede de atenção às Doenças e Condições Crônicas e Rede de Cuidado à Pessoa com deficiência – organizadas a fim de garantir a integralidade do cuidado e enfrentar importantes vulnerabilidades, agravos ou doenças de maior prevalência e acometimento da população brasileira (BRASIL, 2010; 2014; 2017b). Algumas dessas redes possuem diretrizes clínicas claras e objetivas, espelhadas na história natural da doença, onde em cada etapa da evolução da doença são delineados procedimentos, condutas e nível de atenção adequados, o que torna possível um monitoramento mais factível, a exemplo do que ocorre com a saúde materno infantil, e condições crônicas como hipertensão e diabetes.

---

<sup>7</sup> Este artigo está em processo de submissão para publicação na revista Ciência e Saúde Coletiva.

As linhas de cuidado geralmente fazem parte destas diretrizes e são ferramentas baseadas em evidências científicas que desenham, a partir da APS, o itinerário de atendimento até o último nível de atenção, com vistas à melhoria da qualidade e da eficiência do cuidado. Assim, constitui-se em recurso capaz de instrumentalizar as equipes de APS para realizar a integração com os demais serviços, coordenar o cuidado e prover ações de promoção da saúde, de prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde, no âmbito coletivo e individual (BRASIL, *S.d.*).

Segundo Mendes (2011) as linhas de cuidado possuem marcadores relativamente precisos que auxiliam na detecção de risco e indicam quando o cuidado do usuário deve ser compartilhado com outro ponto de atenção.

No campo da saúde mental, nos deparamos com aspectos difíceis de enquadrar, como a heterogeneidade de sua manifestação e evolução, decorrentes da infinidade de variáveis associadas a esse tipo de adoecimento, além dos aspectos pertinentes à esfera da subjetividade humana (LORENZO et al, 2017). Segundo Heddaeus *et al.* (2019), um dos maiores desafios para os sistemas de saúde é a saúde mental, em virtude da distribuição desigual dos recursos e utilização pouco eficaz, do aumento da carga de transtornos mentais em relação aos anos vividos com alguma incapacidade, a existência de comorbidades entre diferentes transtornos mentais, além da sua alta prevalência. Ou seja, trata-se de um campo onde existem diversos diagnósticos contemplados – depressão, ansiedade, psicose, transtorno alimentar, transtorno de personalidade – o que inviabiliza a consolidação de uma única linha de cuidado. Em geral, cada uma dessas condições possui suas próprias diretrizes e geralmente são de conhecimento dos especialistas, o mesmo não acontecendo nos cuidados primários.

A portaria nº 3.588/2017, que redefine a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, em suas disposições gerais, propõe que a assistência em saúde mental deve ser organizada a partir da APS, a qual deve estratificar os riscos para o adequado encaminhamento para outros níveis de atenção (BRASIL, 2017b). O referido documento, no entanto, não disponibiliza uma ferramenta que instrumentalize a APS nesta competência.

Ao considerarmos as questões de saúde mental, o componente estigma do adoecimento e a concepção sócio-histórica de que o cuidado em saúde mental se dá no âmbito da especialidade são ainda grandes desafios por contribuírem para significativas barreiras no acesso à saúde organização da rede de saúde mental. A formação dos profissionais, a dificuldade de comunicação com outros níveis de atenção, a disponibilidade de recursos e a própria organização dos serviços estão também entre os desafios que perpassam os profissionais

que atuam na Atenção Primária à Saúde – APS para garantir o cuidado resolutivo às pessoas com transtorno mentais (ROTOLI et al, 2019).

Segundo Fernandes, Matsukura & Lourenço (2018):

(...) há que se considerar que as possibilidades de incorporar ou aprimorar competências em saúde mental não ocorrem sem ferramentas e investimentos concretos. Os resultados deste estudo reforçam a relevância da sensibilização para a disposição em efetivar o cuidado, para a identificação de necessidades e orientação aos profissionais justamente sobre o fato de que as ações para os sujeitos em sofrimento psíquico devem se pautar nos mesmos princípios do cuidado à saúde em geral, porém agregando ferramentas para o exercício do cuidado psicossocial. Assim, compreende-se que o desafio é capacitar os profissionais para enfrentar barreiras relativas aos receios profissionais e pessoais, além da compreensão de um cuidado ampliado, qualificado, integral e interdisciplinar.

De acordo com o Sistema Nacional de Saúde Britânico – National Health System – NHS (2017), a utilização de instrumentos de estratificação de risco viabiliza a otimização dos recursos orçamentários do sistema de saúde, promovendo melhores resultados, no qual as diferentes demandas de cuidados de uma população são gerenciadas para oferecer a assistência compatível à sua necessidade. Com a definição de fluxos dentro das redes de atenção, reduz-se a concorrência entre serviços que devem trabalhar em complementaridade, as listas de espera para especialidades, quando muitas vezes poderia ser resolvido de forma eficaz em outro ponto (SNOOKS, 2019).

Na Austrália, recentemente, o governo desenvolveu uma abordagem para cuidados intensivos na assistência à saúde mental, com o objetivo de oferecer um atendimento escalonado, tendo como passo inicial, a disponibilização de tratamento de baixa intensidade (atenção primária) e intervenções mais intensivas, apenas no caso do usuário não se beneficiar com o tratamento inicial (CROSS & HIVKIE, 2017).

No Brasil, experiências locais como nos estados de Santa Catarina, Paraná e Minas Gerais têm envidado esforços para desenvolver uma linha de cuidado para a saúde mental que viabilize a estratificação de risco, porém, até o momento não há indícios de nenhuma estratégia validada que contemple as múltiplas demandas de saúde mental.

Os esforços para fazer a gestão do cuidado dos usuários, direcionados para melhorar os resultados de saúde e otimizar os custos por meio da estratificação de risco em saúde mental, ainda não têm apresentado seu potencial máximo. Um dos fatores que contribuem para esse cenário é a baixa precisão das estratégias e métodos existentes para prever os riscos individuais, e a adoção de estratégias de outros países pode gerar resultados incompatíveis com a real necessidade de saúde da população brasileira em sofrimento psíquico e/ou com transtornos mentais. Ademais, as pessoas podem ser de alto risco por diferentes razões, exigindo

flexibilidade para propor não apenas uma única intervenção e sim uma combinação de intervenções que atendam a demanda daquele indivíduo (LUO et al, 2015).

O presente estudo teve como objetivo compreender a contribuição do modelo de cuidado escalonado na organização da rede de saúde mental e discutir como as experiências internacionais podem auxiliar a pensar modelos possíveis para a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS no Sistema Único de Saúde – SUS.

Espera-se, portanto, apresentar subsídios para que novas ferramentas e estratégias sejam desenvolvidas a fim de apoiar a coordenação do cuidado, potencializar a integração e a comunicação entre os pontos de atenção, melhorar o fluxo dos usuários, evitar retrabalhos que impactam sobretudo na qualidade da atenção prestada, e evidenciar o papel da APS na RAPS. Ressalta-se também a relevância científica e social desse estudo, ao propormos a reflexão sobre modelos organizacionais e operacionais desse âmbito para a realidade da rede de saúde mental brasileira.

## **4.2 Materiais e métodos**

### *4.2.1 Caracterização do tipo de estudo*

Trata-se de uma revisão integrativa, com abordagem quantitativa e qualitativa, a qual consiste em um estudo com dados secundários que busca a identificação, análise e síntese de um determinado tema, com vistas à aplicabilidade dos resultados encontrados à prática. O método contribui para as Práticas Baseadas em Evidências – PBE, as quais visam a melhoria das práticas em saúde, não apenas na área de enfermagem, onde são amplamente utilizadas. A escolha pela revisão integrativa “se dá não somente pelo desenvolvimento de políticas, protocolos e procedimentos, mas também no pensamento crítico que a prática diária necessita” (SOUZA, SILVA & CARVALHO, 2010).

A revisão integrativa se estrutura em seis etapas: (1) definição e elaboração da pergunta norteadora que definirá; (2) busca na literatura e seleção das bases de dados; (3) definição das informações a serem extraídas dos estudos; (4) análise dos estudos selecionados; (5) discussão dos resultados; (6) apresentação da revisão dos estudos (GRANER & CERQUEIRA, 2019).

### *4.2.2 Questão de revisão*

Para elaborar a pergunta de pesquisa, foi utilizado o acrônimo PICO: População ou Problema de Saúde de interesse, Intervenção a ser investigada, Comparador – não se aplica a esta revisão e desfecho/outcome, aquilo que se espera encontrar com o estudo.

Dessa forma, partimos do seguinte questionamento: como diferentes modelos de cuidado escalonado têm sido utilizados na integração dos serviços e níveis de atenção na rede de cuidados em saúde mental?

#### 4.2.3 Pesquisas preliminares

Foram realizadas pesquisas preliminares no Cochrane Database of Systematic Reviews e no JBI Evidence Synthesis, não sendo identificadas no Brasil revisões sistemáticas ou revisões de escopo atual ou em andamento sobre o tema abordado.

#### 4.2.4 Estratégias de buscas

Com objetivo de localizar estudos relacionados ao tema estudado que já estivessem publicados, iniciamos as estratégias de buscas. Primeiramente selecionamos no MeSH (Medical Subject Headings) e no DECS (Descritores em Ciências da Saúde) da BIREME descritores que dialogassem com nossa pergunta inicial, sendo eles: “Cuidado escalonado”, “Saúde mental”, “Atenção Primária”, “Integração dos serviços” e “Organização”, tanto em português, quanto em inglês. Empregou-se os descritores nas bases de dados Web of Science, Scopus e Pubmed, visando a identificação dos estudos pretendidos, nos idiomas português e inglês. Também foram utilizados os operadores booleanos “AND” e “OR”, e aplicados os filtros “texto completo”, “idioma em inglês” e “ano de publicação entre 2017-2022”.

As palavras de texto contidas nos títulos e resumos de artigos relevantes e os termos de indexação usados para descrever os artigos, foram utilizados para desenvolver uma estratégia de busca completa. A estratégia de busca, além de incluir todas as palavras-chave e termos de indexação identificados, foi adaptada para cada base de dados e/ou fonte de informação incluída (Quadro 3).

Selecionou-se também a lista de referência das fontes de evidência para estudos adicionais e do período de busca dos artigos – março a agosto de 2022, incluindo a seleção e inclusão dos artigos que compõem essa revisão.

**Quadro 3 – Estratégias de buscas nos bancos de dados entre 2017-2022**

Bases de dados	Estratégias de busca	Filtros aplicados
PubMed	"stepped care" AND "mental health"; "stepped care model" AND "mental health"; "stepped care" AND "mental health" AND “primary care hospital” OR “primary care”; "stepped care" AND "mental health" AND “organization”; "stepped	Intervalo do ano de publicação: 2017-2022 Idioma: inglês Tipo de estudo: estudos originais completos

	care" AND "mental health" AND "integration services".	
Web of Science	"stepped care" AND "mental health"; "stepped care model" AND "mental health"; "stepped care" AND "mental health" AND "primary care hospital" OR "primary care"; "stepped care" AND "mental health" AND "organization"; "stepped care" AND "mental health" AND "integration services".	Intervalo do ano de publicação: 2017-2022 Idioma: inglês Tipo de estudo: estudos originais completos
Scopus	"stepped care" AND "mental health"; "stepped care model" AND "mental health"; "stepped care" AND "mental health" AND "primary care hospital" OR "primary care"; "stepped care" AND "mental health" AND "organization"; "stepped care" AND "mental health" AND "integration services".	Intervalo do ano de publicação: 2017-2022 Idioma: inglês Tipo de estudo: estudos originais completos

**Fonte:** elaborado pela autora (2022).

#### 4.2.5 Critérios de elegibilidade

Os estudos publicados como pesquisas realizadas entre os anos de 2017 e 2022 foram incluídos na pesquisa. Também foram considerados critérios de inclusão para essa revisão, pesquisas que tematizam o cuidado escalonado como estratégia de organização da rede de Saúde Mental, integração entre diferentes níveis de atenção ou pontos da rede de saúde. Por outro lado, foram excluídos os estudos que avaliaram outros desfechos como organização exclusiva de sistemas de informação sem interface com a organização da rede de cuidados do território e estudos que se limitavam a discutir a estruturação de atendimentos psicológicos em abordagens específicas, excluindo a contribuição de outros saberes na organização do cuidado em saúde mental.

#### 4.2.6 Tipos de estudos incluídos

Esta revisão integrativa considerou desenhos de estudos experimentais e quase-experimentais, incluindo estudos controlados randomizados, estudos controlados não randomizados, estudos crossover e de séries temporais interrompidos. Além disso, estudos observacionais analíticos, incluindo estudos de coorte prospectivos e retrospectivos, estudos de caso-controle e estudos transversais analíticos foram considerados para a inclusão. Bem como os desenhos de estudos observacionais descritivos, incluindo séries de casos, relatos de casos individuais e estudos descritivos transversais para inclusão.

Também foram considerados os estudos secundários (revisões sistemáticas, revisões de escopo e revisões integrativas), visando entender de forma ampla o conhecimento que se tem a respeito da temática; e os estudos qualitativos, que atenderam aos critérios de inclusão. Os textos e artigos de opinião, teses e dissertações, estudos secundários que não focaram no modelo escalonado e artigos com acesso pago não foram considerados para inclusão nesta revisão.

#### *4.2.7 Processo de seleção dos estudos*

Após a pesquisa, todas as citações identificadas foram agrupadas e carregadas no EndNote versão 16.0 (Clarivate Analytics, PA, EUA), visando remover os artigos duplicados. Após um teste piloto, os títulos e resumos foram selecionados por dois revisores independentes, visando a avaliação de acordo com os critérios de inclusão para a revisão. Fontes potencialmente relevantes foram recuperadas na íntegra e seus detalhes de citação importados para o JBI System for the Unified Management, Assessment and Review of Information (JBI SUMARE). O texto completo das citações selecionadas foi avaliado em detalhes de acordo com os critérios de inclusão por dois revisores independentes.

As razões para exclusão de fontes de evidência em texto completo que não atendessem aos critérios de inclusão foram registradas e relatadas na revisão integrativa. Quaisquer divergências que surgiram entre os revisores nessa etapa do processo de seleção, foram resolvidas por meio de discussão. Sendo assim, não foi necessário um revisor adicional, visto que os dois revisores entraram em consenso.

Os resultados da busca e do processo de inclusão do estudo foram relatados na íntegra na revisão integrativa final e apresentados em um diagrama de fluxo de Itens de Relatório Preferenciais para Revisões Sistemáticas, conforme apresentado na Figura 4.

#### *4.2.8 Extração dos dados*

Os dados foram extraídos dos artigos incluídos na revisão integrativa por dois revisores independentes que usaram uma ferramenta de extração de dados desenvolvida pelos próprios revisores. Estes dados incluíram detalhes específicos sobre os contextos, métodos de estudo e as principais descobertas relevantes para a questão dessa revisão. A ferramenta de extração de dados preliminares foi revisada conforme necessário durante o processo de extração de dados de cada fonte de evidência incluída. Quaisquer divergências que surgiram entre os revisores foram resolvidas por meio de discussão.

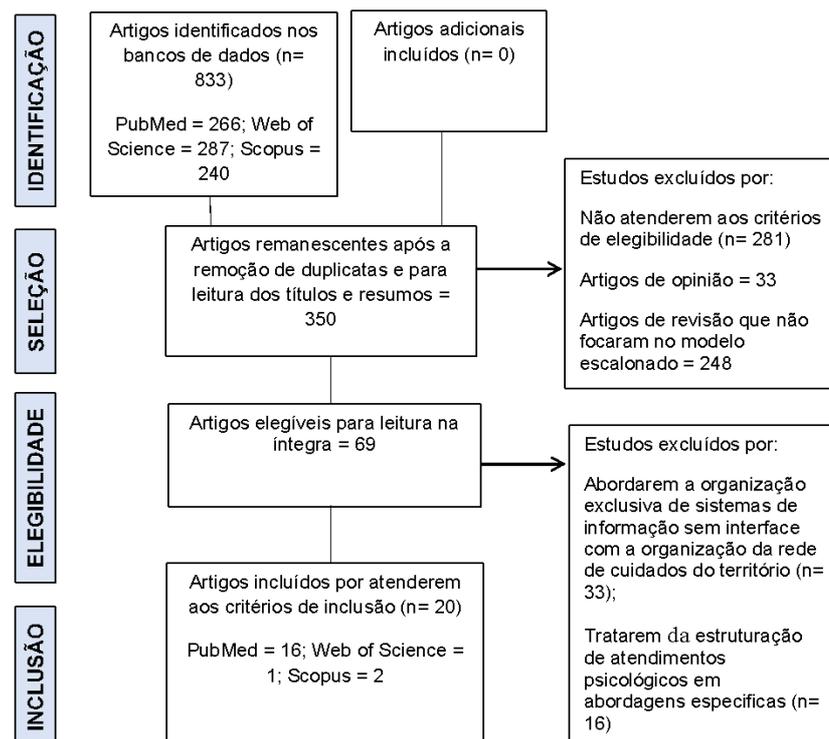
#### *4.2.8 Análise dos dados*

Após a extração dos dados, foi realizada a análise de conteúdo das publicações por meio de categorização dos estudos, a partir da coleta dos dados mais pertinentes e informações principais, orientada pelas seguintes variáveis: título do artigo; base de dados; ano e língua de publicação; método de pesquisa; objetivos; os principais resultados (Quadro 4). Em seguida, foi realizada a interpretação dos resultados obtidos mediante avaliação crítica dos dados, promovendo a síntese e uma discussão reflexiva acerca da temática abordada nesta revisão integrativa.

### 4.3 Resultados

Inicialmente foram identificados 833 artigos nas bases de dados Pubmed, Scopus e Web of Science. Após a aplicação dos filtros, remoção de duplicatas e leitura dos títulos e resumos, foram excluídos 483 estudos. Depois da leitura completa dos estudos elegíveis, apenas 20 artigos atenderam aos critérios de elegibilidade deste estudo e foram incluídos na revisão. Já os outros foram excluídos por não disponibilizar o texto completo ou conterem desfechos que não atendiam aos critérios de inclusão dessa revisão (n= 49) (Figura 4).

**Figura 4 – Fluxograma de busca baseado no PRISMA**



Fonte: Adaptado de Galvão, Tiguman e Sarkis-Onofre (2022).

Os 20 artigos que atenderam os critérios de inclusão foram tipificados de acordo com o título, autores, ano de publicação, objetivos, local/país, tipo de estudo e banco de dados, compondo um primeiro elemento analítico para este estudo (Quadro 4).

**Quadro 4 – Relação do número, título, autores, ano de publicação, objetivos, local/país, tipo de estudo e banco de dados dos artigos incluídos na revisão**

Nº	Título	Autores e ano	Objetivos	Local/País	Tipo de estudo	Banco de dados
1	Integrated collaborative care teams to enhance service delivery to youth with mental health and substance use challenges: protocol for a pragmatic randomized controlled trial	Henderson <i>et al.</i> (2017)	Descrever o modelo Stepped Care em detalhes e as experiências de implementação em 3 universidades norte-americanas.	Estados Unidos da América	Ensaio clínico	SCOPUS
2	Transdiagnostic stepped care in mental health	Cross e Hickie (2017)	Traçar algumas limitações dos modelos mais comuns e propõe o desenvolvimento de um modelo transdiagnóstico, baseado na evolução do trabalho nos serviços da atenção primária.	Austrália	Revisão narrativa e reflexiva	PubMed
3	Beyond Screening: A Stepped Care Pathway for Managing Postpartum Depression in Pediatric Settings	Olin <i>et al.</i> (2017)	Aplicar o cuidado escalonado visando gerenciar a depressão pós-parto em ambientes pediátricos.	Estados Unidos da América	Ensaio clínico não aleatorizado	PubMed
4	Treatment of personality disorder using a whole of service stepped care approach: A cluster randomized controlled trial	Grenyer <i>et al</i> (2018)	Examinar se a implementação de um modelo de atendimento intensivo de terapia psicológica, reduziria a demanda nas unidades hospitalares por pessoas com transtorno de personalidade.	Austrália	Ensaio clínico randomizado paralelo	PubMed
5	e-Therapy in primary care mental health	Orman e O’dea (2018)	Fornecer aos clínicos gerais (GPs) informações sobre recursos on-line de baixa intensidade e baseados em evidências desenvolvidos na Austrália e disponíveis para integração no cuidado de pacientes com condições de saúde mental leves a moderadas.	Austrália	Revisão narrativa	Web of Science
6	Improving psychiatric–psychological assessment capacity by matching level of care to client outcomes: enhancing discharge planning at an operational stress injury clinic in Canada	Nelson (2018)	Explora o ponto de decisão de continuar o tratamento ou dar alta a um cliente para um nível diferente de atendimento, bem como a melhor forma de fornecer tratamento, mantendo em mente as transições de atendimento. Aprimorar o processo de alta	Canadá	Estudo Teórico	Pubmed

			pode levar a uma maior capacidade de atendimento aos novos encaminhamentos.			
7	Experimenting locally with a stepped-care approach for the treatment of mild to moderate mental disorders in France: Challenges and opportunities	Gandré <i>et al.</i> (2019)	Melhorar o modelo de atenção psiquiátrica que tem sido focado na internação e atendimento psiquiátrico e melhorar a capacidade dos GP de identificar e estratificar necessidades, facilitar o encaminhamento dos GPs a especialistas, visando a redução da espera e problemas geográficos no acesso ao cuidado mental.	França	Estudo piloto	PubMed
8	Study protocol for the COMET study: a cluster-randomized, prospective, parallel-group, superiority trial to compare the effectiveness of a collaborative and stepped care model versus treatment as usual in patients with mental disorders in primary care	Heddaeus <i>et al.</i> (2019)	Avaliar a eficácia de um modelo de cuidado colaborativo e escalonado para (multimorbidade) transtornos depressivos, de ansiedade, somatoformes e de uso de álcool dentro de uma rede multiprofissional em comparação com o tratamento tradicional.	Alemanha	Ensaio clínico randomizado paralelo	PubMed
9	Evaluation of a brief intervention within a stepped care whole of service model for personality disorder	Huxley <i>et al.</i> (2019)	Ampliar pesquisas prévias que examinam todo o uso do serviço e análises de custo-benefício após a implantação da intervenção, examinando o uso do serviço e a mudança de sintomas durante o curso da intervenção dentro de todo um modelo de atendimento intensificado.	Austrália	Estudo de intervenção	PubMed
10	Evaluation of a collaborative care model for integrated primary care of common mental disorders comorbid with chronic conditions in South Africa	Petersen <i>et al.</i> (2019)	Avaliar um pacote de atenção colaborativa integrada compartilhada para pacientes crônicos com sintomas de transtorno depressivo e de uso de álcool coexistentes.	África do Sul	Estudo transversal	PubMed
11	How do care providers evaluate collaboration? – qualitative process evaluation of a cluster-randomized controlled trial of collaborative and stepped care for patients with mental disorders	Maehder <i>et al.</i> (2021)	Avaliar o processo qualitativo de um ensaio controlado randomizado de atendimento colaborativo e intensificado para pacientes com transtornos mentais.	Alemanha	Estudo qualitativo	PubMed
12	Matched Emotional Supports in Health Care (MESH) Framework: A Stepped Care Model for Health Care Workers	Price, Becker-Haimes e Wolk (2021)	Propor o Quadro de Apoios Emocionais Combinados em Cuidados de Saúde (MESH) para orientar as instituições na implementação de um modelo de “cuidado	Estados Unidos da América	Revisão narrativa	SCOPUS

			intensivo”, visando a implantação de programas de apoio emocional sustentável para os profissionais de saúde da linha de frente (HCWs) da COVID-19.			
13	Using Staged Care to Provide “Right Care First Time” to People With Common Affective Disorders	Sawrikar <i>et al.</i> (2021)	Descrever cinco níveis de cuidado no cuidado encenado: monitoramento e gerenciamento auto ou familiar, serviços de baixa intensidade, serviços de intensidade moderada, serviços de alta intensidade e serviços de saúde mental comunitária aguda e especializada.	Escócia	Revisão narrativa	PubMed
14	Integration of mental health and psychosocial support services into primary health care in Gaza: a cross-sectional evaluation	Ubaid <i>et al.</i> (2021)	Avaliar o processo de integração do da saúde mental e apoio psicossocial e os resultados nos centros de saúde da UNRWA na Faixa de Gaza.	Faixa de gaza	Estudo transversal	PubMed
15	High and Intensive Care in Psychiatry: A New Model for Acute Inpatient Care	Voskes <i>et al.</i> (2021)	Discutir como o modelo de atenção alta e intensiva pode inovar o atendimento agudo de internação.	Holanda	Revisão narrativa	PubMed
16	Accessibility and efficiency of mental health services, United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland	Chen e Cardinal (2021)	Fornecer tratamentos baseados em evidências para pessoas com transtornos mentais comuns por meio de três estratégias principais: (i) monitoramento do resultado da sessão; (ii) integração com o sistema de atenção mais amplo; e (iii) entrega de terapias psicológicas como parte de uma abordagem de cuidados escalonados.	Reino unido	Estudo experimental	Pubmed
17	Exploring the cost-effectiveness of a Dutch collaborative stepped care intervention for the treatment; of depression and/or anxiety when adapted to the Australian context: a model-based cost-utility analysis	Lee <i>et al.</i> (2021)	Avaliar o custo-efetividade de uma intervenção colaborativa de cuidado escalonado (CSC) para tratar depressão e/ou ansiedade entre adultos em ambientes de cuidados primários australianos.	Austrália	Estudo com modelo analítico	Pubmed
18	Stepped Care Model for Developing Pathways of Screening, Referral, and Brief Intervention for Depression in Pregnancy: A Mixed-Method Study from Development Phase	Kukreti <i>et al.</i> (2022)	Descrever o processo de desenvolvimento e implementação de um modelo de atenção escalonado incorporando o rastreamento, fornecendo breves vias de intervenção e encaminhamento desenvolvidas para o gerenciamento da depressão na gravidez	Índia	Estudo de método misto – revisão de literatura e entrevistas semiestruturadas	PubMed

			em unidades de saúde de cuidados pré-natais na Índia.			
19	Dealing with the COVID-19 pandemic in Europe: five lessons from the European Society for Traumatic Stress Studies	Javakhishvili <i>et al.</i> (2022)	Fornecer uma opinião especializada sobre como lidar com as crises de saúde mental relacionadas à pandemia a partir de uma perspectiva de saúde mental pública informada por estresse e trauma.	Geórgia	Revisão narrativa	Pubmed
20	Systematic identification and stratification of help-seeking school-aged youth with mental health problems: a novel approach to stage-based stepped-care	Wolf <i>et al.</i> (2022)	O modelo teve como objetivo estratificar os jovens em busca de ajuda em três grupos com gravidade crescente de problemas de saúde mental com base em um princípio de atendimento escalonado baseado em estágios.	Dinamarca	Ensaio clínico randomizado, controlado, paralelo, pragmático, multicêntrico	Pubmed

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

#### 4.3.1 Análise de conteúdo

Ao realizar a análise dos conteúdos, identificou-se que os 20 estudos abordaram assuntos que estavam relacionados ao cuidado escalonado como estratégia de organização da rede de Saúde Mental e integração dos diferentes níveis de atenção. Os assuntos variaram quanto ao público alvo, tipos de serviços, equipes, faixa etária e gênero (Quadro 5).

**Quadro 5 – Artigos elegíveis para o estudo e conteúdos/assuntos abordados**

Nº	TÍTULO	CONTEÚDO/ ASSUNTO
1	Integrated collaborative care teams to enhance service delivery to youth with mental health and substance use challenges: protocol for a pragmatic randomized controlled trial	Modelo de prestação de serviços colaborativo, baseado na comunidade envolvendo acesso rápido aos serviços de <i>Mental Health Awareness</i> – MHA (transtornos de saúde mental e dependência) baseados em necessidades para jovens;
2	Transdiagnostic stepped care in mental health	Limitações modelo escalonado (Stepped care) na atenção primária a jovens;
3	Beyond Screening: A Stepped Care Pathway for Managing Postpartum Depression in Pediatric Settings	Modelo escalonado (Stepped care) para triagem e manejo depressão pós-parto em ambientes pediátricos primários;
4	Treatment of personality disorder using a whole of service stepped care approach: A cluster randomized controlled trial	Modelo de atendimento escalonado de terapia psicológica reduz a demanda nas unidades hospitalares por pessoas com transtorno de personalidade;
5	e-Therapy in primary care mental health	Intervenções on-line de baixa intensidade para melhor atender às necessidades dos pacientes de menor gravidade, realizada por médico generalista;
6	Improving psychiatric–psychological assessment capacity by matching level of care to client outcomes: enhancing discharge planning at an operational stress injury clinic in Canada	Ponto de decisão de continuar o tratamento ou dar alta a um cliente para um nível diferente de cuidados;
7	Experimenting locally with a stepped-care approach for the treatment of mild to moderate mental disorders in France: Challenges and opportunities	Protocolo de avaliação escalonada padronizado para médico generalista contendo diretrizes claras de encaminhamento para transtornos mentais leves e moderados;
8	Study protocol for the COMET study: a cluster-randomized, prospective, parallel-group, superiority trial to compare the effectiveness of a collaborative and stepped care model versus treatment as usual in patients with mental disorders in primary care	Avaliar a eficácia de um modelo de atendimento colaborativo e escalonado para multimorbidades;
9	Evaluation of a brief intervention within a stepped care whole of service model for personality disorder	Avaliar o modelo de atendimento escalonado com intervenção breve entre os serviços de saúde mental de crise de emergência aguda e os tratamentos ambulatoriais de longo prazo (Proporções de indivíduos retidos ao longo da intervenção e os caminhos de referência acessados);
10	Evaluation of a collaborative care model for integrated primary care of common mental disorders comorbid with chronic conditions in South Africa	Avaliar um modelo de cuidados colaborativos integrados para pacientes crônicos com sintomas coexistentes de transtorno depressivo e transtorno por uso de álcool;
11	How do care providers evaluate collaboration? – qualitative process evaluation of a cluster-randomized controlled trial of collaborative and stepped care for patients with mental disorders	Avaliação por ensaio controlado randomizado por cluster (COMET) de um modelo de atendimento colaborativo e escalonado em Hamburgo;
12	Matched Emotional Supports in Health Care (MESH) Framework: A Stepped Care Model for Health Care Workers	Propõe ferramenta para orientar na implementação de um modelo de “cuidado escalonado” para profissionais de saúde da linha de frente da COVID-19;
13	Using Staged Care to Provide “Right Care First Time” to People With Common Affective Disorders	Descreve cinco estágios do “atendimento escalonado” como modelo de prestação de serviços em ambulatórios para transtornos afetivos comuns;

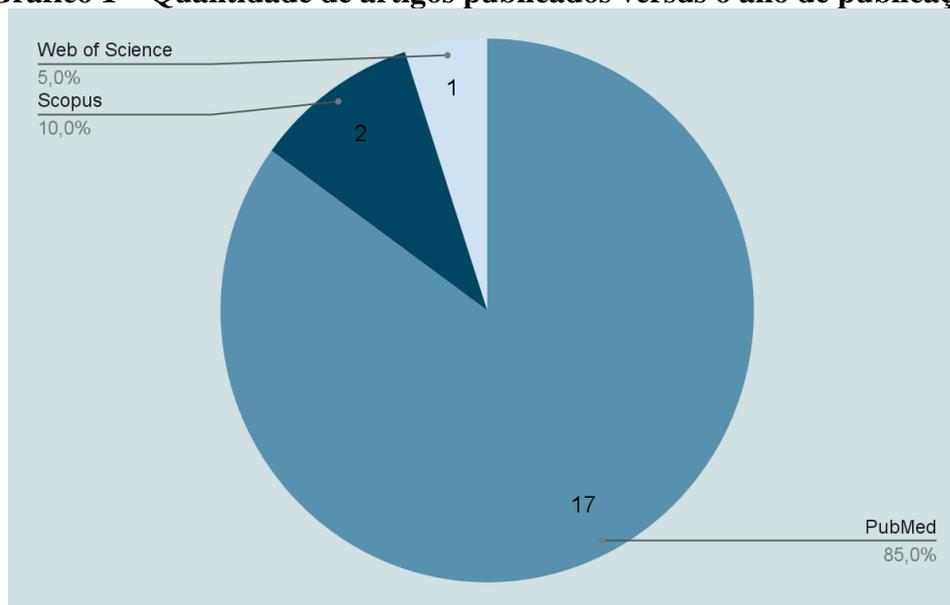
14	Integration of mental health and psychosocial support services into primary health care in Gaza: a cross-sectional evaluation	Avaliar o processo de integração de modelo de atendimento escalonado para rastrear, identificar, apoiar e tratar pacientes;
15	High and Intensive Care in Psychiatry: A New Model for Acute Inpatient Care	Prevenção da internação por meio de um princípio de cuidados escalonados e colaboração com o serviço ambulatorial (hospital e ambulatório);
16	Accessibility and efficiency of mental health services, United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland	Terapias psicológicas como parte de uma abordagem de cuidados escalonados;
17	Exploring the cost-effectiveness of a Dutch collaborative stepped care intervention for the treatment; of depression and/or anxiety when adapted to the Australian context: a model-based cost-utility analysis	Avaliar o custo-efetividade de uma intervenção colaborativa de cuidados escalonados para depressão e/ou ansiedade na APS, em relação ao cuidado usual;
18	Stepped Care Model for Developing Pathways of Screening, Referral, and Brief Intervention for Depression in Pregnancy: A Mixed-Method Study from Development Phase	Modelo de cuidado escalonado que incorpora triagem, intervenção breve e caminhos de referência desenvolvidos para o manejo da depressão na gravidez em unidades de saúde de assistência pré-natal na Índia;
19	Dealing with the COVID-19 pandemic in Europe: five lessons from the European Society for Traumatic Stress Studies	Modelo de atenção escalonada de saúde pública abordando os desafios de saúde mental relacionados ao COVID-19;
20	Systematic identification and stratification of help-seeking school-aged youth with mental health problems: a novel approach to stage-based stepped-care	Estratificar os jovens em busca de ajuda em três grupos com gravidade crescente de problemas de saúde mental com base em um princípio de atendimento escalonado (modelo de visitação).

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

### 4.3.2 Indicadores bibliométricos

Tendo como base o período definido para o levantamento dos dados de 2017 a 2022, destaca-se a quantidade de artigos publicados referentes a esta por ano, conforme o Gráfico 1.

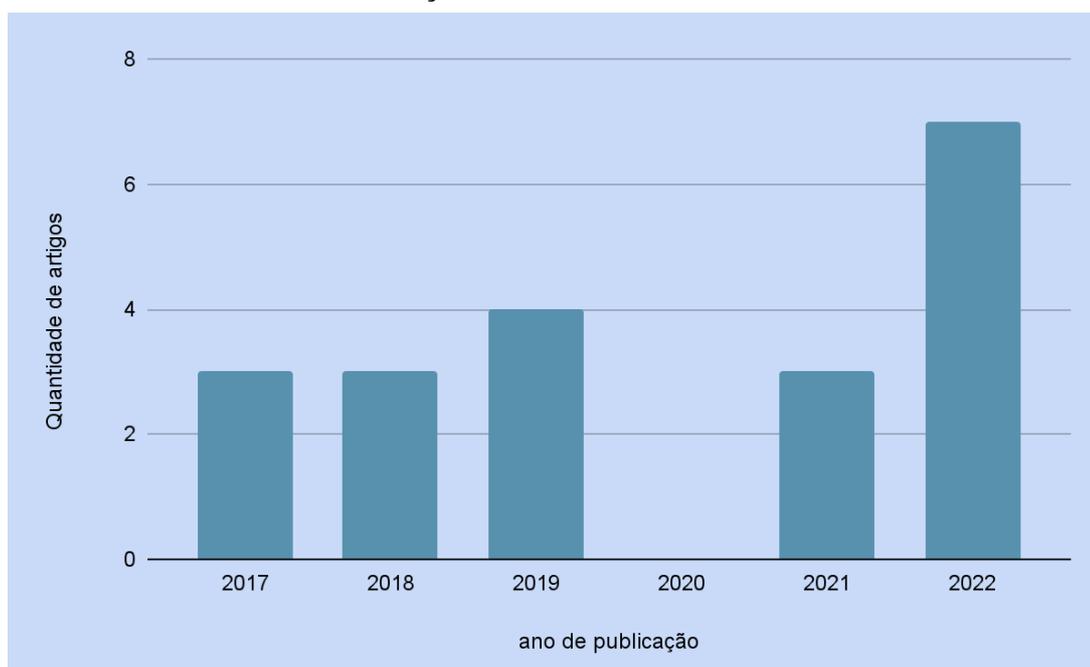
**Gráfico 1 – Quantidade de artigos publicados versus o ano de publicação**



Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Acredita-se que o motivo de terem sido realizados poucos estudos em 2020 relacionados à essa temática, principalmente aqueles com intervenções experimentais, foi devido à pandemia do COVID-19, a qual provocou diversas mudanças nos serviços de saúde de todo o mundo, em todos os níveis de atenção (primária, secundária e terciária). Após a pandemia, esse número cresceu expressivamente, se considerarmos que o corrente ano ainda não acabou, refletindo o aumento do interesse pelas questões de saúde mental.

A maior parte dos artigos foi publicada em periódicos de saúde pública ou coletiva, por revistas de psicologia e psiquiatria. Todos os artigos foram publicados na língua inglesa e indexados nos bancos de dados conforme o Gráfico 2.

**Gráfico 2 – Indexação de acordo com os bancos de dados**

Fonte: elaborado pela autora, 2022.

#### 4.3.3 Métodos dos estudos incluídos

Com relação à natureza dos 20 estudos, 55% eram pesquisas sem intervenção (estudos de revisão narrativa e bibliográfica, relatos de experiência, estudo de caso e estudos transversais). Já os outros 45% foram estudos experimentais (estudos pilotos, estudos de intervenção, estudo de base comunitária e ensaios clínicos controlados randomizados e não randomizados). No que diz respeito aos tipos de abordagens, 2 incluíram método misto (quantitativo e qualitativo) e os outros 18 dividiram-se em métodos qualitativos e quantitativos de forma isolada.

#### 4.3.4 Regiões

Com relação à localização, a maioria dos estudos se concentraram no continente Europeu (40%), seguido dos estudos na Oceania (25%). Os outros estudos foram desenvolvidos nos continentes Americano (20%) e Ásia (10%). A menor parte das pesquisas relacionadas ao modelo de cuidado escalonado, foi realizada na África com apenas um estudo (5%). Destaca-se que não houve publicação realizada no Brasil.

### 4.4 Discussão

Mediante a análise e síntese dos estudos incluídos nesta revisão, estabeleceram-se duas categorias de análise para responder aos objetivos deste estudo, sendo elas: Como o modelo de

cuidado escalonado vem sendo utilizado para organização da rede de saúde mental e as principais evidências encontradas sobre a sua utilização.

#### 4.4.1 O modelo de cuidados escalonados

A maior parte dos estudos contextualizam as necessidades decorrentes da alta carga global de adoecimento mental, de demandas reprimidas em saúde mental, de acesso ao tratamento dos transtornos mentais em tempo não oportuno, das longas filas de espera, do cuidado fragmentado e da urgência em ofertar opções de qualidade para a população, tornando os sistemas de saúde mais eficientes (HEDDAEUS et al, 2019; KUKRETI et al, 2022; ORMAN & O'DEA, 2018; PETERSEN et al, 2019; SAWRIKAR et al, 2021; WOLF et al, 2022).

Algumas experiências no cenário mundial subsidiaram as reflexões e a construção do modelo escalonado de cuidado. Na Holanda, por exemplo, alguns momentos da experiência de reforma no sistema de saúde mental trazem reflexões importantes. O primeiro deles foi a identificação da inexistência de evidências que justificassem a internação dos usuários, principalmente se os efeitos nocivos produzidos nos sujeitos fossem considerados, entre eles a institucionalização – na qual a subjetividade do sujeito é sobrepujada pelas normas da instituição. Definiu-se, portanto, uma meta de redução de 10% das internações. O segundo momento desse processo pautou-se nos movimentos reformistas existentes no cenário mundial, no qual estabeleceu-se a necessidade de reduzir os leitos em hospitais psiquiátricos e ampliar o acesso, dando ênfase aos atendimentos em serviços ambulatoriais, considerando a rede social como importante elemento do processo de cuidado. Por fim, o terceiro momento destacou a proposição de uma terapêutica que não estivesse baseada na remissão dos sintomas, mas sim no desenvolvimento de habilidades dos sujeitos, conforme as suas necessidades. A proposta de tratamento é construída, portanto, em parceria com outros pontos de atenção, com o próprio sujeito, em um trabalho interprofissional e com os familiares dos usuários. Estratégia essa denominada de *recovery* (VOSKES et al, 2021).

O modelo surge na década dos anos 2000 como resposta a um cenário turbulento que exigia mudanças expressivas na organização dos serviços de saúde mental, de forma a ampliar o acesso e tornar os serviços mais eficientes e integrados. Nessa perspectiva, desenhou-se um modelo majoritariamente ancorado na prestação de cuidados primários como a primeira opção terapêutica, direcionados a intervenções para Transtornos Mentais Comuns – TMC. Apenas 02 estudos investigaram a adoção do modelo para o cuidado de pessoas com transtorno de personalidade. Cabe ressaltar que alguns estudos realizados no Reino Unido e Austrália consideram os cuidados primários como parte da atenção ambulatorial, pelo menos no tocante

à organização do cuidado escalonado em saúde mental (CHEN & CARDINAL, 2021; ORMAN & O'DEA, 2018). E um artigo abordou o modelo de cuidados escalonados na atenção hospitalar como estratégia de reduzir as internações, adotando estratégias similares a dos demais estudos, como treinamento, equipe multiprofissional e trabalho colaborativo entre os ambulatórios e os diversos recursos comunitários (VOSKES et al, 2021).

As experiências descritas nos estudos privilegiam as intervenções de baixa intensidade, como sendo capazes de alcançar um maior número de indivíduos, ao mesmo tempo em que produz ações de caráter preventivo, como psicoeducação, gerenciamento de estresse, técnica de resolução de problemas e outras ferramentas de intervenção breve (JAVAKHISHVILI et al, 2022; WOLF et al, 2022). As ações comunitárias foram destacadas por sua relevância de forma veemente, mesmo nos estudos voltados para uma proposta focada no cuidado hospitalar (NELSON, 2018; GRENYER et al., 2018).

Todos os estudos reforçam a urgência de que os sistemas de saúde mental adotem abordagens de cuidado baseadas em evidências e que diferenciam as intervenções de baixa intensidade até as de maior intensidade, como forma de otimizar o uso dos recursos e disponibilizar tratamento adequado às necessidades da população.

As propostas descritas pelos estudos selecionados apresentam conformações que variam entre 3 e 6 etapas de cuidado, as quais contemplam estratégias de prevenção universal, destinadas à população como um todo, prevenção seletiva, direcionadas a grupos em exposição a fatores de risco e intervenções de maior intensidade para os casos mais complexos, onde se faz necessária a combinação de intervenções como terapia e uso de psicofármacos, até intervenções mais restritivas como internações.

Em geral, o objetivo da abordagem de tratamento baseada em estágio é fornecer um cuidado personalizado que seja apropriado para o nível de necessidade e risco de cada indivíduo. A avaliação inicial é realizada de forma holística, seguida por uma avaliação de saúde mental direcionada, com vistas a conciliar o nível de necessidade com a intensidade do tratamento que pode contemplar vários domínios funcionais incluindo saúde mental e estágio clínico; educação, formação e situação de emprego; risco de lesão, automutilação e suicídio; uso de álcool e outras drogas; qualidade da saúde física; e qualidade das relações familiares e sociais. Essa conformação varia de acordo com o fator de risco no qual se pretende intervir e no quadro clínico, os quais deverão ter o adequado monitoramento ao longo de todo o processo de cuidado (CROSS & HICKIE, 2017).

Na etapa inicial do cuidado, muitas opções de intervenção remotas foram exploradas como forma de facilitar o acesso, seja via telefone, internet ou mesmo por meio de aplicativos

específicos. O uso de tecnologia figura nos achados como uma potente ferramenta para diversificar e inovar nos cuidados em saúde mental, quase sempre viabilizando acesso a estratégias de cuidado de baixa intensidade, especialmente aquelas auto aplicadas.

A literatura recente aponta a existência de uma gama de sites e aplicativos móveis, não só na Austrália, cuja finalidade é apoiar as pessoas em sofrimento psíquico e/ou com transtornos mentais no acesso rápido a ferramentas de autocuidado eficazes. Nesse escopo, há também programas de tratamento on-line específicos por diagnósticos, para populações específicas e os voltados para o treinamento de profissionais (ORMAN & O'DEA, 2018).

Percebe-se que a tecnologia viabilizou um acesso mais amplo aos serviços, especialmente naqueles que já se utilizam dela em outros momentos, como nos registros de informação em saúde, nos prontuários eletrônicos, nos serviços de telemedicina, de forma a conectar as comunidades remotas com profissionais de saúde qualificados e permitindo que os indivíduos obtenham atendimento remoto de forma rápida. Além disso, viabilizou o compartilhamento de informações entre os serviços de saúde, a fim de melhorar a qualidade do cuidado prestado, a segurança dos usuários e a continuidade da atenção. A reestruturação dos cuidados em saúde mental passa pela avaliação de vários riscos de forma abrangente, não se limitando aos aspectos biomédicos e ao aprimoramento da tecnologia para reduzir as barreiras de acesso e integrar os serviços (CROSS & HICKIE, 2017).

Na etapa de cuidados intermediários, entre as estratégias de baixa e média intensidade, a Terapia Cognitivo-Comportamental – TCC apareceu de forma expressiva entre as intervenções breves, especialmente nos formatos remotos, associadas ao uso de aplicativos, gerando evidência de sua eficácia na disponibilização desse formato. Já as terapias presenciais e de longa duração situam-se nos cuidados de maior intensidade (GANDRÉ et al, 2019).

Em relação à organização dos sistemas de saúde, as experiências mais robustas são as australianas e do Reino Unido, que surgiram com esse intuito inovador de reformulação do sistema de atendimento e organização dos serviços em saúde mental. No entanto, o Reino Unido investiu pesadamente numa reorganização que potencialize o acesso a terapias psicológicas, enquanto a Austrália avançou um pouco mais nesse desenho, conservando a importância do acesso às terapias psicológicas, mas são parte de um modelo maior. A França seguiu o mesmo caminho ao identificar a alta prevalência de pessoas com transtornos mentais leves e moderados em uso de medicações psicotrópicas e sem acesso a outro tipo de intervenção (GANDRÉ et al, 2019). Já os Estados Unidos investiram na elaboração de ferramentas específicas, como o Matched Emotional Supports in Health Care – MESH, para gerenciar o estresse dos

profissionais de saúde na linha de frente da COVID-19, que poderá ser aplicável a outras situações de saúde (PRICE, BECKER-HAIMES & BENJAMIN WOLK, 2021).

Para que o modelo gere os resultados esperados em termos de melhorias na atenção aos usuários é imprescindível que o contexto local e suas necessidades direcionem sua estruturação, como a definição do número de etapas, a combinação de intervenções e a evolução para tratamentos de maior intensidade (RICHARDS et al, 2012). Também é fundamental que haja um monitoramento sistemático das ofertas e evolução do cuidado, avaliando a resposta de cada indivíduo ao tratamento e complexidade do mesmo, especialmente para gerenciar a necessidade de mudar a intensidade do cuidado, seja para mais, ou seja para menos (HEDDAEUS et al., 2019).

Estudos realizados na Holanda, Alemanha e Reino Unido trazem algumas evidências relevantes (HEDDAEUS et al., 2019; SAWRIKAR et al., 2021; VOSKES et al., 2021). Entre elas, o tipo de organização da atenção em saúde mental tendo como base os cuidados primários. Tal organização e o formato de rede de atenção favorece a elaboração de estratégias e recomendações que ajudam a atenção primária a desenvolver sua potencialidade enquanto coordenadora do cuidado em saúde mental, com a parceria de especialista, incluindo supervisão, cuidados colaborativos com equipe multiprofissional, diretrizes baseadas em evidências, treinamento para os profissionais visando o desenvolvimento de habilidades na detecção e manejo, intervenções breves e autogeridas, ações de prevenção.

O modelo destaca a importância do papel do psiquiatra na composição do cuidado, principalmente nas etapas de maior intensidade, em que o indivíduo esteja em condições graves ou agravadas de saúde mental, caracterizando-se por um modelo pouco dependente desses profissionais. O especialista de saúde mental, de modo geral, deve trabalhar de forma muito próxima dos trabalhadores da rede de APS, numa perspectiva de cuidados colaborativos, apoiando com ações de supervisão, quando necessário, bem como apoiando treinamentos para desenvolvimento de habilidades. Assim como as diretrizes aparecem como importantes ferramentas para alinhamento da comunicação e do fluxo de usuários e integração entre os serviços, os cuidados colaborativos também surgem de forma bastante evidente nesse processo de integração e fortalecimento da rede de cuidados.

As etapas de menor intensidade exigem outros recursos os quais se demonstraram mais efetivos para o sistema e para o usuário. Considerando que 15,5% da população mundial apresentará algum transtorno mental, no intervalo de um ano, e que esse dado sobe para 29,3% quando o intervalo considera toda a vida do indivíduo (STEEL et al., 2014), fica fácil entender que mais da metade da população irá precisar de cuidados de baixa intensidade e que os sistemas

de saúde precisam fortalecer suas ações para os serviços e cuidados pautados na promoção da saúde, na intervenção precoce e na prevenção de doenças e agravos em saúde mental.

Nesse contexto, os cuidados colaborativos surgem como evidência para o cuidado em condições onde existem comorbidade, o que é comum em pessoas com transtornos mentais, por ser uma abordagem que exige uma integração sistemática entre profissionais de diferentes categorias e níveis de atenção (HEDDAEUS et al., 2019). No modelo do escalonamento, o cuidado colaborativo inclui aspectos condicionantes das práticas, como a necessidade de decisões compartilhadas, não apenas entre a equipe de cuidados, mas também com o usuário para que os resultados psicossociais sejam potencializados. Há também a figura do gestor de cuidados o qual tem o papel de articular os cuidados comunitários/primários com os especialistas em saúde mental, coordenando o cuidado entre os pontos de atenção da rede e fortalecendo o autogerenciamento.

#### 4.4.2 Avaliação do modelo

Uma das principais críticas ao modelo reside na maneira como os usuários acessam diferentes níveis de tratamento. Em geral os cuidados iniciam pelo menor nível de intensidade e avançam para outras etapas, intensificando a abordagem quando os usuários não respondem conforme esperado com melhorias ou estabilização. Apesar da estratégia oportunizar atendimento a um maior número de pessoas e propiciar um acompanhamento flexível, de acordo com a identificação das necessidades ao longo da produção do cuidado, há indícios da atenção a alguns usuários não ser ofertada em tempo oportuno. Essa crítica vem da comparação com a estratificação de risco que é menos flexível e direciona o cuidado de forma específica para um nível de cuidado, conforme quadro clínico. Segundo Sawrikar *et al.* (2021), “[...] há uma clara necessidade de estabelecer critérios válidos para avaliar o estadiamento clínico ao longo da vida [...]” a fim de oferecer os melhores cuidados nos tipos de serviços e tempo adequados.

O faseamento de intensidade dos cuidados deve ser orientado por diretrizes clínicas baseadas em evidências, porém o escalonamento do cuidado inclui, para além dos sintomas, aspectos socioculturais para oportunizar um tratamento adequado para o nível de necessidade e risco de cada indivíduo, e portanto, personalizado. A estratificação de risco é mais específica nesse direcionamento ao atribuir etapas pré-definidas conforme a apresentação do quadro clínico, geralmente focado no diagnóstico (RICHARDS et al., 2012).

As recomendações encontradas direcionam-se ao uso de diretrizes que facilitem a tomada de decisão, especialmente de quando intensificar o cuidado, avançar para outro nível

ou mesmo acionar o especialista. As diretrizes, além de apontarem para a importância dos cuidados colaborativos, como ressaltado anteriormente, reiteram a necessidade de avaliar os múltiplos fatores de risco envolvidos no adoecimento mental, os quais devem ser considerados em cada etapa do tratamento. Essas diretrizes nem sempre apresentam um instrumento de avaliação de risco, que precisa ser validado e baseado em evidências. Os estudos apontam esses instrumentos quando o modelo apresentado foca em apenas uma condição de saúde, como por exemplo o Somatic Symptom Disorder-B Criteria Scale (SSD-12) e o Teste de Identificação de Desordens do Uso de Álcool (AUDIT) (HEDDAEUS et al., 2019; PETERSEN et al., 2019).

Já os estudos que tratam de mais de um transtorno descrevem as etapas do modelo escalonado e reforçam a necessidade de instrumentos de avaliação/triagem, mas não os apresentam, exceto o estudo realizado na Faixa de Gaza em 22 Centros de Saúde, o qual aponta que os cuidados escalonados são úteis em contextos de recursos limitados, desde que associado ao uso de uma ferramenta adequada que promova a capacitação dos profissionais para identificar riscos à saúde mental e os instrumentalize para o manejo. Este estudo também menciona a adoção de diretrizes para não especialistas da OMS, como a ferramenta “Guia de Intervenção do Programa de Ação sobre Lacunas em Saúde Mental (mhGAP)”, utilizada no estudo, que permitiu a identificação de 38,9% de pessoas com transtornos mentais (UBAID et al., 2021).

Nota-se que, de acordo com o recorte dos estudos, as diretrizes variam, ou seja, aqueles direcionados a diagnósticos específicos como depressão, ansiedade, abuso de substâncias e transtorno de personalidade referenciam instrumentos de rastreio específico para a respectiva condição (HENDERSON et al., 2017; HUXLEY et al., 2019; OLIN et al., 2017; WOLF et al., 2021). Já os estudos que abordaram mais de uma condição são menos específicos. Há dois artigos que referem o uso do Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde, MI-gap, da Organização Mundial da Saúde – OMS, um estudo realizado na África do Sul e outro na Índia, países com realidades socioeconômicas mais próximas da do Brasil (KUKRETI et al., 2022; PETERSEN et al., 2019). O manual foi elaborado como parte do programa da OMS para superar as lacunas de cuidados em saúde mental nos países de baixa renda, os quais apresentam maior carência de especialistas em saúde mental (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Apesar do modelo de escalonamento do cuidado ter sido pensado na década de 2000, ainda há poucas evidências disponíveis quanto à sua eficiência na otimização dos recursos financeiros dos sistemas de saúde e na melhoria dos cuidados para a população. Um estudo realizado na Austrália com pessoas com transtorno de personalidade adotou o método do

cuidado escalonado com pessoas após internação, onde recebiam intervenção breve e eram encaminhadas para continuidade dos cuidados em ambientes comunitários, demonstrou economia significativa quando comparado aos gastos com o tratamento tradicional, de US\$ 2.720 por paciente por ano. A média de dias de internação reduziu de 13,46 dias para 4,28 dias, enquanto os registros de entrada em portas de emergência por esta população reduziram em 22%. O estudo durou 18 meses e se utilizou de diretrizes para cuidados escalonados, porém focaram na utilização das Intervenções Breves (GRENYSER et al., 2018). Mesmo tendo o foco na intervenção hospitalar, o estudo conserva características do modelo como articulação entre os níveis de atenção, uso de diretrizes comuns para o compartilhamento do cuidado, estímulo aos cuidados comunitários, envolvimento do usuário e seu familiar, além de trabalho em equipe multiprofissional.

Em concordância com os resultados apresentados, autores como Huxley *et al.* (2019) realizaram uma intervenção que ofertou tratamento comunitário para o transtorno de personalidade na Austrália. O foco principal do estudo foi fazer uma análise de custo-benefício após a implantação da intervenção, examinando o uso do serviço e a mudança de sintomas durante o decorrer da pesquisa, dentro de todo um modelo de atendimento intensificado por uma equipe multidisciplinar. Os autores perceberam que houve melhoria na qualidade de vida e redução nas tentativas de suicídio e automutilação.

O ensaio clínico randomizado realizado por Heddaeus *et al.* (2019) buscou avaliar a eficácia do modelo de cuidado colaborativo e escalonado para multimorbidades, transtornos depressivos, ansiosos, somatoformes, bem como o uso de álcool. As observações mostraram maior eficiência quando comparado com o tratamento tradicional. Além de avaliar a eficiência do modelo escalonado associado ao cuidado colaborativo na APS, que se demonstrou viável e o custo-efetivo.

As evidências apontam que as Intervenções Breves – IB são uma etapa importante na organização dos cuidados escalonados, inclusive para pessoas com Transtornos de Personalidade que buscam acompanhamento nos níveis de cuidados primários. Após a realização das intervenções, os indivíduos apresentaram redução no risco de suicídio, na gravidade dos sintomas, bem como melhoria na qualidade de vida, enquanto apenas pequena fração dos participantes (1,5%) necessitam avançar para suporte de cuidados contínuos de maior intensidade, como a internação (HUXLEY et al., 2019).

Um estudo australiano randomizado reforçou a sobreposição de tratamentos em decorrência de condições como depressão e ansiedade, por exemplo, ocorrerem de forma concomitante. Esse tipo de situação estimulou a pesquisa acerca do custo-efetividade dos

cuidados escalonados colaborativos na APS, para o manejo dessas duas condições, entre adultos em ambientes de cuidados primários em relação aos cuidados usuais. O estudo mostrou uma probabilidade de 99,6% da proposta ser custo-efetiva, destacando a relevância do autocuidado apoiado realizado nos níveis primários, por enfermeiros, no primeiro passo da abordagem (LEE et al., 2021).

Na África do Sul, o cenário de maior escassez de profissionais de saúde mental estimulou uma pesquisa de avaliação quanto à eficácia de modelos escalonados, pautados no compartilhamento de responsabilidades, no gerenciamento das condições crônicas, contemplando aquelas coexistentes com Transtorno Mental Comum – TMC. Os achados apontam para o fortalecimento das competências dos enfermeiros da APS para detecção e manejo dessas condições, expressa no aumento da identificação de casos de depressão em 12,5%, após um ano da implementação do modelo. Também foram detectados melhores níveis de remissão dos sintomas entre as pessoas atendidas (PETERSEN et al., 2019).

O sucesso desse arranjo de cuidados depende diretamente da relação estabelecida entre os prestadores de cuidados nos níveis primário e secundário. Essa relação não se esgota com o estabelecimento de diretrizes que facilitem a comunicação e definição de fluxo dos usuários, vai muito além. A forma como os serviços são distribuídos dentro de uma região de saúde, a disponibilidade de recursos de comunicação, de diagnósticos e logísticos, bem como a capacitação dos profissionais envolvidos, sistemática e periódica, no formato de supervisão, são pontos determinantes para a implementação do modelo (MAEHDER et al., 2021). Salienta-se, portanto, que só há escalonamento do cuidado se houver integração no trabalho, nos serviços e entre as pessoas, seja nas relações interpessoais e interprofissionais, seja com o apoio de tecnologias.

#### **4.5 Considerações finais**

Para que a rede de saúde mental se organize de forma eficiente seguindo os preceitos do SUS e da organização das Redes de Atenção, é fundamental que a atenção primária seja parte estruturante dessa engrenagem. Há de se ter, portanto, uma diretriz clara de como os usuários podem ser acolhidos, bem como a definição dos fatores de risco, dos fluxos de comunicação e dos critérios de compartilhamento do cuidado, além de uma equipe multiprofissional treinada e integrada com outros níveis de atenção.

A Associação de médicos de família e comunidade vem avançado no delineamento dessas competências, através de grupos de estudo. Nas demais categorias profissionais ainda não há evidências dessa mobilização. Não é incomum encontrar profissionais atuando na

atenção primária com um olhar de especialista e que pouco conhecem a realidade complexa deste nível de atenção. Esta fragilidade na formação foi identificada na literatura internacional, de onde derivam estratégias de superação desse modelo.

No Brasil, ainda nos deparamos com o fato de que os profissionais de saúde da família não são vistos como profissionais com formação especializada para a atenção à saúde da população em todos os campos e ciclos de vida. A não exigência de formação, muito pela carência de profissionais no campo, evidencia atuações breves, de forma transitória, por períodos curtos de tempo. Cabe ressaltar que os programas de residências multiprofissionais na APS foram constituídos nos anos 2000, e tem havido importante mudança nas diretrizes curriculares dos programas de graduação dos cursos da área da saúde, o que tem contribuído para mudança dessa realidade, mesmo que de modo mais lento que o necessário.

Cabe destacar que no Brasil, desde a reforma psiquiátrica iniciada na década de 1980, houve grandes esforços políticos e organizacionais para a garantia de direitos e do cuidado em liberdade das pessoas com transtornos mentais, durante muito tempo operou-se na constituição e ampliação de uma rede de atenção que fosse substitutiva ao modelo hospitalocêntrico manicomial, com os CAPS sendo os equipamentos estratégicos que foram propostos como os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, o que não garantiu a expansão necessária e urgente da rede de atenção.

Nos últimos anos, os CAPS foram duramente criticados, principalmente por coletivos de profissionais médicos, como a Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP, por não apresentarem informações de sua eficiência. Tal força política e junto ao discurso do poder da psiquiatria no cuidado em saúde mental, acarretou num processo de reforma da política de saúde mental brasileira. Os estudos privilegiaram as intervenções comunitárias, preventivas e colaborativas, onde o papel do psiquiatra tem sua importância reconhecida, porém o modelo é pouco dependente dessa categoria.

Embora no sistema de saúde brasileira não se fale sobre escalonamento do cuidado, de acordo com os critérios aqui levantados nos estudos encontrados, foi possível traçar alguns paralelos com práticas organizativas vigentes na Política de Saúde Mental brasileira e na Rede de Atenção Psicossocial.

Um ponto de destaque nessa similaridade, é a utilização dos cuidados colaborativos entre especialistas em saúde mental e generalistas, uma fórmula que conhecemos no Brasil como apoio matricial e amplamente utilizada como estratégia de fortalecimento e ampliação da capacidade resolutiva dos cuidados primários em saúde mental. Outro aspecto digno de nota é o autogerenciamento sugerido no modelo, que encontra eco na literatura nacional sobre as

condições crônicas as quais adotam o termo autocuidado, mas ainda pouco utilizado na saúde mental.

Entre outros processos políticos, é evidente no Brasil um importante retrocesso nas políticas públicas progressistas que pautavam o cuidado de base comunitária, com o fortalecimento dos líderes e saberes da comunidade, das benzedeiras, das curandeiras, das práticas coletivas de promoção da saúde. Temos ainda uma cultura curativista e médico centrada, pautada na especialidade com importantes fragilidades no acompanhamento longitudinal das pessoas em sofrimento psíquico e transtorno mental. Essa revisão possibilitou identificar que o caminho não é em direção aos cuidados especializados e intensivos, mas o cuidado comunitário, breve e preventivo, com treinamento, apoio sistemático dos primeiros e uso da tecnologia para ampliar acesso.

A fragilidade da realidade brasileira encontra-se na ausência de diretrizes que direcionam esse arranjo no campo da saúde mental, muito em virtude do seu caráter subjetivo, onde uma tentativa de objetivar pode ser desastrosa e pasteurizar intervenções para eventos multifatoriais. Na ausência dessa diretriz e a complexidade envolvida no seu desenvolvimento, talvez pudéssemos seguir o exemplo da Índia e África sul, adotando uma já existente.

Espera-se que as reflexões trazidas nesse artigo, à luz das experiências com o modelo de escalonamento do cuidado em Saúde Mental, subsidiem reflexões significativas quanto à saúde mental no sistema de saúde brasileiro. É preciso aprofundar as discussões com os usuários e familiares, a fim de lhes garantir a autonomia necessária para o cuidado de si, além de investir em ferramentas de integração, formação e comunicação entre os pontos da RAPS e para fora dela.

## **REFERÊNCIAS**

## **5ª NOTA TÉCNICA DE SAÚDE MENTAL PARA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE COM FOCO NOS PROCESSOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA**

Este Capítulo refere-se à revisitação da “Nota Técnica de saúde mental para organização da rede de atenção à saúde com foco nos processos da atenção primária à saúde e da atenção especializada”, publicado pelo Ministério da Saúde em 2021, no qual fui uma das autoras. A publicação original estará disponível no Anexo A e no link: <https://planificasus.com.br/arquivo-download.php?hash=6a7525c15b6d16a7d0733c869878e881f4365db6&t=1698777507&type=biblioteca>

A seguir, apresenta-se a Nota Técnica com as devidas adaptações para esta Tese.

### **5.1 Proposta de organização da Rede de Atenção Psicossocial**

Transtornos mentais, neurológicos e de uso de substâncias (MSN) são comuns em todas as regiões do mundo, afetando todas as comunidades e os grupos etários em todos os países. Embora, a partir do índice *disability-adjusted life years* (DALY), já se saiba que 12% a 15% da carga global de doenças seja atribuída a esses transtornos, 75% das pessoas afetadas por transtornos mentais em países de baixa renda não têm acesso ao tratamento de que necessitam (WHO, 2010).

Os impactos dos transtornos mentais na vida de uma pessoa são diversos e de longo alcance, especialmente quando não detectados e tratados de forma oportuna, podendo surgir em qualquer ciclo de vida. Eles influenciam no curso e na evolução de outras doenças, como HIV/AIDS, câncer e doenças cardiovasculares; na adesão a tratamentos; na qualidade de vida do indivíduo, da família e da comunidade e na vida produtiva e laboral. Atualmente, chegam a custar US\$1 trilhão por ano para a economia mundial (WHO, 2013).

Ainda existe uma grande lacuna entre as demandas do adoecimento mental, a capacidade dos sistemas de saúde em ofertar respostas que reduzam a carga dessas doenças e os recursos disponíveis. Estima-se que o percentual de pessoas com transtornos mentais graves (TMG) que não conseguem ter acesso a tratamento varia entre 32% e 85%, enquanto apenas

---

<sup>8</sup> Esse texto preliminar foi publicado em 2021 no formato virtual como Nota Técnica para orientação de gestores e trabalhadores. É produto do PROADI-SUS executado pelo Hospital Albert Einstein. Disponível em: <https://planificasus.com.br/arquivo-download.php?hash=6a7525c15b6d16a7d0733c869878e881f4365db6&t=1698777507&type=biblioteca>

1% da força de trabalho em saúde do mundo está direcionada para atenção à saúde mental (WHO, 2010).

A cobertura de serviços em saúde mental tem se mostrado inadequada, especialmente, em países de baixa e média renda. O mesmo cenário se delineia no planejamento e na alocação de recursos. Qualquer plano de ação ou de investimentos que se pretenda eficiente deve levar em consideração a existência de barreiras locais que se impõem à sua implementação e sustentabilidade, exigindo profundo conhecimento da realidade local, planejamento compatível e qualificação dos recursos humanos disponíveis (Saxena *et al.*, 2007).

Diante desse cenário, faz-se necessária a elaboração de um documento norteador, para gestores, trabalhadores e usuários, que dê concretude às diretrizes da política de saúde mental no âmbito do SUS, melhorando a comunicação e o fluxo de usuários dentro dos diversos pontos de atenção da rede, além de instrumentalizar a APS para exercer seu papel de coordenadora do cuidado e ordenadora da RAPS.

O conjunto de recomendações disponibilizadas neste documento não substitui a responsabilidade dos profissionais de saúde quanto à escolha da conduta mais adequada para o indivíduo que busca cuidado, considerando sua singularidade e o contexto no qual está inserido.

## 5.2 Objetivos

Aumentar a detecção dos casos de transtornos mentais e uso de substâncias psicoativas pelos profissionais da APS;

- Aprimorar a qualidade do cuidado de transtornos mentais e de uso de substâncias psicoativas ofertado na APS;
- Estruturar uma proposta de organização dos serviços ambulatoriais especializados em saúde mental, de nível secundário, integrados com a APS;
- Estruturar o cuidado escalonado em saúde mental no SUS; e
- Fortalecer a organização da RAPS, promovendo a articulação da APS com os serviços especializados em saúde mental, como ambulatorios, CAPS – I, II, III, IV Álcool e outras Drogas e Infantil –, emergências psiquiátricas e leitos de internação.

O documento está dividido em quatro seções. A primeira seção trata da identificação das subpopulações com fatores de risco proximais e biopsicológicos e das subpopulações com transtorno mental estabelecidos por critérios de investigação e definição diagnóstica, incluindo os indivíduos com condições de saúde mental muito complexas. A segunda seção delimita as competências dos pontos de atenção da RAPS, focando na APS e nos serviços da Atenção Especializada, bem como intervenções que podem ser utilizadas nesse cuidado. A terceira seção

aborda o MACC como metodologia para a organização das RAS, coadunando com alguns princípios organizativos da Saúde Mental e com a ferramenta de Projeto Terapêutico Singular (PTS) para gestão de caso. Soma-se a isso a proposta para escalonamento de cuidado associado ao matriciamento, como estratégia de integração da APS com a Atenção especializada em saúde mental. A quarta seção apresenta sugestões para gestão de acompanhamento dos usuários com transtorno mental e abuso de substâncias psicoativas e, por conseguinte, de indicadores para avaliação e monitoramento dos resultados.

### **5.3 Seção I – Mapeamento da população**

De acordo com Mendes (2012), conhecer a população usuária de um sistema de Atenção à Saúde é um processo complexo, que tem seu início na APS e envolve várias etapas: territorialização; cadastramento das famílias; classificação das famílias por riscos socio sanitários; vinculação das famílias à equipe da ESF; identificação das subpopulações com fatores de riscos proximais e biopsicológicos e identificação das subpopulações com condições de saúde estabelecidas e com condições de saúde muito complexas. O conhecimento da população com demanda de saúde mental é fundamental para definir política e ações em saúde. A identificação começa com a delimitação da população residente no território adscrito de uma equipe de APS, por meio do cadastramento individual e familiar (Mendes, 2012).

É importante lembrar que os transtornos mentais são, em sua maioria, condições de saúde cujo modelo de tratamento se assemelha ao de outras condições crônicas, como diabetes e hipertensão (OMS, 2003), nas quais o MAAC é uma referência no país. Cuidar com qualidade envolve conhecer e monitorar a população que é atendida em cada ponto de atenção da rede de saúde, seja ele da APS ou da Atenção Especializada em saúde mental.

A esse respeito, vale destacar o monitoramento por meio da gestão de listas (uso da planilha na APS e nas equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental com a relação dos usuários com transtorno mental em acompanhamento) como método para garantir o monitoramento do cuidado dentro de uma proposta assistencial de caráter longitudinal.

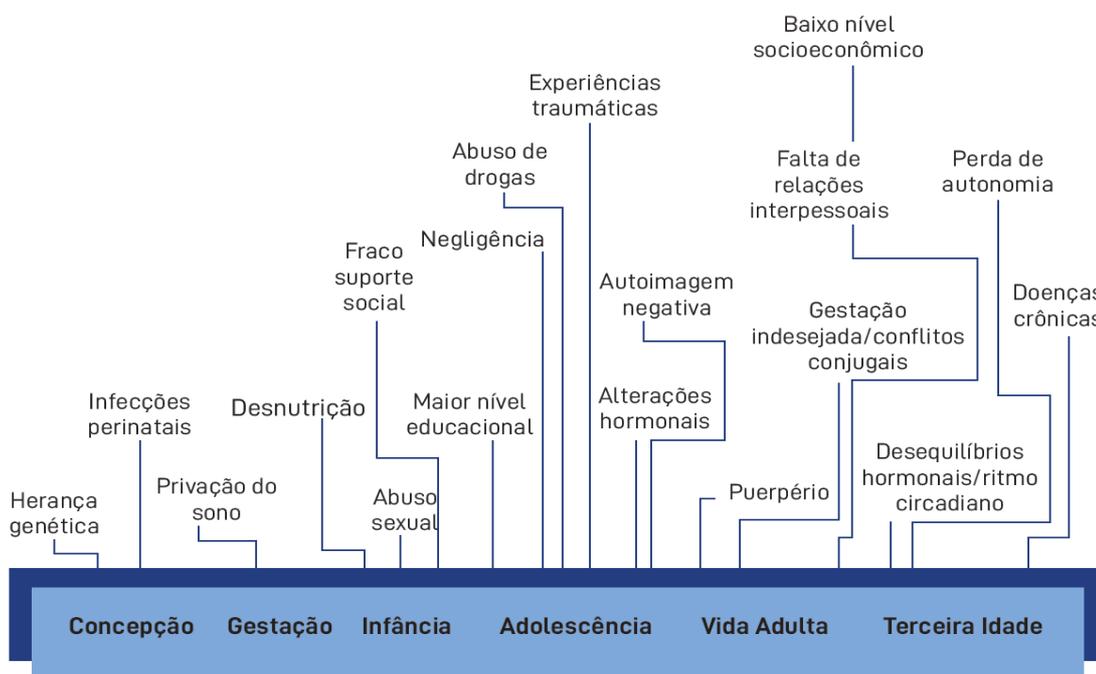
#### *5.3.1 Fatores de risco para desenvolvimento de agravos em saúde mental*

Diversos são os fatores que compõem e influenciam pessoas a desenvolverem sofrimento psíquico, desencadeiam transtornos mentais e comprometem a capacidade de a pessoa apresentar comportamento resiliente diante de adversidades sociais, psicológicas e biológicas (IASC, 2007).

É possível identificar uma variabilidade desses fatores ao longo da vida de uma pessoa, da concepção até a terceira idade. Cada fase da vida apresenta desafios específicos em relação a fatores estressores, que podem propiciar sofrimento psíquico. A abordagem específica de tais fatores é importante para as equipes de saúde da família que prestam o cuidado longitudinal ao usuário, respeitando seus ciclos vitais.

O Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental (Chiaverini *et al.*, 2011) apresenta uma sistematização dos fatores de risco associados aos transtornos mentais, considerando o ciclo de vida dos indivíduos e as particularidades que cada fase pode manifestar para o desenvolvimento de um transtorno mental, conforme apresentados na Figura 5.

**Figura 5 – Principais fatores de risco para transtornos mentais, de acordo com a linha de vida de cada indivíduo**



Fonte: Chiaverini *et al.* (2011).

Entretanto, para além dos ciclos vitais, não se pode perder de vista o fato de que o Brasil, assim como outros países de baixa e média renda, possui uma realidade social muito semelhante àquelas encontradas em situações consideradas de emergência humanitária no restante do mundo. Essa característica exerce influência no desenvolvimento de agravos de saúde mental ao longo de toda a vida do indivíduo. O exemplo concreto disso são as comunidades que vivem nas periferias de grandes cidades ou áreas de extrema pobreza, assoladas pela baixa escolaridade, pela situação de vulnerabilidade social, pela exposição a vários tipos de violência e por poucos recursos sanitários, faltando, em alguns casos, até o saneamento básico.

Merecem atenção subgrupos específicos de uma população, os quais podem se encontrar em situação de risco potencializado, a depender do nível e do tipo de exposição a qual são submetidos, como, por exemplo (IASC, 2007):

- Mulheres grávidas, mães, mães solteiras, viúvas, vítimas de abusos ou violência doméstica;
- Homens em zonas de conflito com a polícia ou o tráfico, aqueles que perderam os meios para sustentar suas famílias, jovens em risco de detenção, sequestro ou alvos do tráfico;
- Crianças (zero a 18 anos) separadas dos pais, abandonadas, que sofrem negligências (incluindo órfãos), recrutadas ou usadas por grupos de milícias, traficadas, infratoras da lei, que exercem trabalho perigoso, que vivem ou trabalham nas ruas, que sofrem exploração sexual, com a desnutrição e com a falta de estímulos necessários ao seu desenvolvimento;
- Idosos em processo de fragilização, vítimas de violência, institucionalizados ou que perderam o amparo/cuidado da família;
- Pessoas em risco de violações de direitos humanos, como ativistas políticos, minorias de quaisquer tipos, pessoas em situação de institucionalização, detentas, vítimas de tortura ou que já foram expostas a outros tipos de violência;
- Grupos estigmatizados, população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Transgêneros, Queer, Intersexuais, Assexuais e demais variações de sexualidade e gênero (LGBTQIA+), profissionais do sexo, pessoas com TMG e sobreviventes de violência sexual;
- Pessoas em situação de extrema miséria, refugiados ou migrantes em situações irregulares, vítimas de tráfico humano ou submetidas a trabalho análogo ao escravo;
- Pessoas que tenham sido expostas a eventos extremamente estressantes ou traumáticos, que perderam membros da família ou seu meio de subsistência, sobreviventes de estupro e tortura, testemunhas de atrocidades; e
- Familiares em primeiro grau de pessoas com transtornos mentais graves.

Segundo o *Inter-Agency Standing Committee* (IASC), pessoas afetadas por tais circunstâncias geralmente possuem algum expediente e habilidade para resolução de problemas, a depender do tempo de exposição e da magnitude dos recursos disponíveis, que podem variar em função da idade, do gênero e do contexto sociocultural (IASC, 2007). Porém, para planejar respostas adequadas, é imprescindível conhecer as realidades locais, se os

recursos disponíveis são úteis ou prejudiciais, conhecer as barreiras existentes e a até que ponto os meios são acessíveis aos que deles precisam.

Assim, o enfrentamento de fatores de risco para transtornos mentais ainda é um grande desafio, por também envolver os esforços das próprias famílias, o suporte da comunidade local e de diferentes setores sociais, a necessidade de profissionais da saúde capacitados e a qualidade e a articulação dos serviços. Trata-se de um trabalho de extrema complexidade e de fundamental importância nas políticas públicas, já que os fatores de risco não devem ser vistos como determinantes de uma doença ou um transtorno, muito embora possam aumentar a probabilidade de uma pessoa vir a desenvolvê-la (Chiaverini *et al.*, 2011).

A abordagem integral, interdisciplinar e intersetorial garante que esses riscos sejam avaliados e identificados de forma adequada. Porém, para que tais cuidados sejam implementados, é necessário considerar não apenas os riscos, mas também estruturar um cuidado escalonado a partir de uma rede que funcione integradamente, reconhecendo a especificidade do território e de cada nível de cuidado.

#### 5.3.1.1 Critérios para identificação e diagnóstico

Para dar conta da necessidade de ordenação da rede em seu fluxo e do estabelecimento de uma linguagem comum entre os trabalhadores, que possibilite discutir e compartilhar casos de forma eficiente, é necessário superar as deficiências de formação em saúde mental dos profissionais APS (Chiaverini *et al.*, 2011).

Sugere-se a adoção do MI-GAP Manual de Intervenções, da OMS como ponto de partida de capacitação dos profissionais da APS, o que também deve facilitar a compreensão do nível de resolutividade do cuidado de saúde mental na APS, permitindo o alinhamento entre os diferentes profissionais nos diversos pontos da RAPS (WHO, 2010).

O manual foi elaborado em sua primeira versão no ano de 2010, mediante revisão sistemática de evidências, com a finalidade de auxiliar na implementação do programa de ação para reduzir as lacunas em saúde mental da OMS (mhGAP) (WHO, 2008). Trata-se de uma ferramenta prática e objetiva, que apresenta o manejo integrado de condições prioritárias em saúde mental, com uso de protocolos específicos para tomada de decisão na APS. Quando associado ao apoio matricial, é de grande valia para a qualificação do processo de trabalho em rede e compartilhamento do cuidado.

O MI-GAP funciona como um guia que contém informações sobre o quadro clínico comum das condições prioritárias em saúde mental e conduz o profissional no manejo de cada uma delas. Os módulos são organizados por condição prioritária, ferramentas para a tomada de

decisão e para o manejo clínico. Assim, é recomendado, para uso mais eficiente da ferramenta, que as equipes de APS sejam treinadas para seu manuseio, com apoio das equipes especializadas em saúde mental de referência, considerando as três seções que o compõem: avaliação, manejo e seguimento.

A seção de avaliação é apresentada com o auxílio de fluxogramas e múltiplos pontos de avaliação clínica. Cada módulo começa com o quadro clínico comum da condição suspeita. Em seguida, há uma série de perguntas de avaliação clínica, às quais o profissional deve responder “sim” ou “não” e passar para o próximo passo na condução do usuário a outras instruções, até concluir a avaliação.

Na seção de manejo, diversas possibilidades de intervenção são levantadas. Importante destacar que a conduta medicamentosa torna-se apenas mais uma opção diante de um leque de possibilidades que incluem ações de psicoeducação, promoção do funcionamento das atividades diárias, tratamento psicológico, redução do estresse e fortalecimento do apoio social. Existe ainda um módulo voltado a práticas e cuidados essenciais, que orienta os profissionais quanto ao uso de habilidades e atitudes para o fortalecimento do vínculo com os usuários e a promoção do respeito e da dignidade.

O instrumento dialoga com o paradigma da atenção psicossocial, no qual o processo de saúde e doença é resultante de uma interação de fatores biológicos e sociais complexos, que demandam uma abordagem interdisciplinar e intersetorial. Para uma boa resposta do sistema de saúde, é indispensável a retaguarda de uma rede de cuidados integrada e territorializada, com pontos de atenção diversificados para atender as diferentes demandas de cuidados, conforme a necessidade do usuário na ocasião (Yasui; Costa-Rosa, 2008).

#### **5.4 Seção II – Competência dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial**

A RAPS, instituída pela Portaria n.º 3.088 de 23 de dezembro de 2011 (Brasil, 2011), e revogada pela portaria de consolidação nº 3 de 28 de setembro de 2017, tem como finalidade a criação, a ampliação e a articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com transtorno mental e com problemas decorrentes do uso nocivo e da dependência de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Em 2017, nova portaria foi lançada, complementando a anterior e propondo novos pontos de atenção, dentre eles a Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental/Unidades Ambulatoriais Especializadas, no componente de atenção psicossocial especializada.

Ficam definidos os componentes desta rede da seguinte forma: APS; atenção psicossocial especializada; atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Como objeto de trabalho desta Nota Técnica, focamos na integração entre a APS e a Atenção especializada em saúde mental, no MACC.

#### 5.4.1 Atenção Primária à Saúde

Nos últimos anos, os organismos internacionais vêm reconhecendo a importância do bem-estar psicossocial na saúde da população geral e como o tema tem sido negligenciado nas pautas mundiais. Em 2010, a OMS declarou que a saúde mental representa um indicador crítico do desenvolvimento humano e é base para o desenvolvimento social, devendo ser incluída em todas as políticas públicas como forma de alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (Funk *et al.*, 2010).

A expectativa de vida de uma pessoa com transtornos mentais pode ser até 20 anos menor que o restante da população. Situação que pode ser significativamente alterada mediante oferta de cuidados em nível primário, a qual possibilita uma abordagem holística, que contemple aspectos mentais e físicos, como dieta, tabagismo, planejamento familiar e saúde reprodutiva (Thornicroft, 2011).

A APS é lugar privilegiado para as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, respondendo pela resolução de pelo menos 80% dos agravos da população adstrita, incluindo problemas de saúde mental (Wadge *et al.*, 2016). Os agravos mais prevalentes nessa área são representados pelo uso problemático de álcool (10% a 12% dos adultos) e pelo transtorno depressivo ansioso, com somatizações que atingem cerca de 15% a 20% da população brasileira adulta e estão fortemente associados com estresse socioeconômico (Fortes; Villano; Lopes, 2008). Esses quadros têm a APS como seu nível prioritário de cuidado.

Dentre as ações de primeira linha de ação da APS estão as de prevenção em saúde mental, que devem possuir um caráter prioritariamente intersetorial, contemplar os ciclos de vida humana e estar integradas às ações de outras condições crônicas, por suas semelhanças em curso e duração.

Algumas das principais ações em saúde mental na APS podem ser listadas a partir do plano de ação 2013-2020 da OMS, conforme segue:

- Campanhas de combate à estigmatização e às violações dos direitos humanos;
- Promoção dos direitos, das oportunidades e do atendimento de indivíduos com transtornos mentais;

- Investimento nos principais estágios formativos do desenvolvimento humano (como programas para a primeira infância, habilidades para a vida e educação sexual, programas para apoiar o desenvolvimento de relacionamentos seguros e adequados entre as crianças e responsáveis);
- Provisão de condições de vida e trabalho saudáveis (incluindo melhorias organizacionais do trabalho e esquemas de gerenciamento de estresse baseados em evidências, tanto no setor público quanto no privado);
- Promoção de atividades que gerem bem-estar por meio de campanhas de conscientização pública e programas, incluindo equipamentos do território, como as escolas.
- Estímulo a programas de proteção ou redes de proteção comunitária, que combatam o abuso infantil, bem como outras violências nos níveis doméstico e comunitário, e ofereçam proteção social para os pobres; e
- Grupos terapêuticos diversos, que contemplem a população local por meio de um diagnóstico territorial da demanda local.

Na realidade brasileira, também podemos mencionar a identificação de casos de saúde mental na população adstrita, ofertando acesso, escalonamento do cuidado, coordenação do cuidado, reabilitação e acompanhamento longitudinal, além do acompanhamento compartilhado do cuidado do usuário com TMG e persistente.

Importante destacar que as intervenções não farmacológicas são consideradas a abordagem de primeira escolha na APS, conforme apontado pelo MI-GAP. Outro aspecto valioso é o componente do escalonamento do cuidado, o qual demonstra que intervenções mais intensivas só devem ser pensadas quando esgotadas as possibilidades terapêuticas de menor intensidade. As intervenções farmacológicas, que, frequentemente, figuram entre as opções mais utilizadas para lidar com questões de adoecimento mental, devem ser utilizadas de forma sistematizada e embasadas em protocolos. O fato de sua eficácia ser incipiente em quadros de transtornos leves e moderados (Arroll *et al.*, 2016), junto da importância de intervenções psicossociais para o tratamento de usuários com TMG, corrobora o modelo de cuidado apresentado. A realidade do cuidado centrado na prescrição medicamentosa, com pouca disponibilidade de intervenções psicossociais na APS, onera o sistema de saúde, sem dar conta da demanda apresentada pelo usuário, e o expõe ao ciclo vicioso de renovação de receitas e avaliações superficiais de sua condição de saúde.

Para ampliar as possibilidades de intervenção não medicamentosa na APS, incluindo as intervenções propostas pelo MI-GAP, o quadro a seguir agrega algumas estratégias sugeridas pela *World Organization of Family Doctors (WONCA)*.

**Quadro 6 – Intervenções psicossociais de baixa intensidade**

<b>Intervenção</b>	<b>Método</b>	<b>Habilidade</b>	<b>Material de apoio</b>
Psicoeducação	Qualquer intervenção educacional que visa a capacitar usuários e familiares a melhorar sua saúde	Transferência de conhecimento sobre a condição de saúde Promover compreensão e autoajuda Oferecer suporte/apoio	Depressão: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="https://www.cci.health.wa.gov.au/Resources/For-Clinicians/Depression">https://www.cci.health.wa.gov.au/Resources/For-Clinicians/Depression</a></li> <li>• <a href="http://www.racgp.org.au/afp/2013/april/bibliotherapy-for-depression/">http://www.racgp.org.au/afp/2013/april/bibliotherapy-for-depression/</a></li> </ul> Ataques de pânico: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="https://www.cci.health.wa.gov.au/Resources/For-Clinicians/Anxiety">https://www.cci.health.wa.gov.au/Resources/For-Clinicians/Anxiety</a></li> </ul> Dormir <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="https://sleep.org/">https://sleep.org/</a></li> <li>• <a href="https://sleepfoundation.org/sleep-topics/sleep-hygiene">https://sleepfoundation.org/sleep-topics/sleep-hygiene</a></li> </ul>
Técnicas de relaxamento e gerenciamento do estresse	Intervenções baseadas no direcionamento da atenção para o corpo e a respiração, com progressiva redução do foco nos pensamentos	Ensinar exercícios de respiração lenta Ensinar relaxamento muscular progressivo Promover e apoiar os usuários na prática do relaxamento guiado, meditação e/ou intervenções baseadas em atenção plena ( <i>Mindfulness</i> )	Respiração lenta: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="https://www.cci.health.wa.gov.au/Resources/Looking-After-Yourself/Other-Resources">https://www.cci.health.wa.gov.au/Resources/Looking-After-Yourself/Other-Resources</a></li> <li>• <a href="https://www.youtube.com/watch?v=aN05yXFwI0">https://www.youtube.com/watch?v=aN05yXFwI0</a></li> </ul> Relaxamento muscular progressivo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="http://www.cci.health.wa.gov.au/docs/ACF3C8D.pdf">http://www.cci.health.wa.gov.au/docs/ACF3C8D.pdf</a></li> </ul>
Ativação comportamental	Enfatiza o planejamento de atividades que ajudam a aumentar comportamentos que podem produzir melhorias nos pensamentos, no humor e na qualidade de vida geral	Negociar com o usuário para construir um plano de atividades centrado no usuário. Encorajar e motivar o usuário a se manter envolvido em atividades prazerosas e que podem melhorar a autoestima e a autoeficácia Motivar os usuários a se manterem fisicamente ativos Ajudar os usuários a fortalecer seus apoios sociais	Agendamento de atividades: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="https://www.cci.health.wa.gov.au/Resources/For-Clinicians/Depression">https://www.cci.health.wa.gov.au/Resources/For-Clinicians/Depression</a></li> <li>• <a href="http://psychologytools.com/task-planning-and-achievement-record.html">http://psychologytools.com/task-planning-and-achievement-record.html</a></li> </ul> Prescrição de exercícios: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="https://www.move.va.gov/docs/Resources/CHPPM_How_To_Write_And_Exercise_Prescription.pdf">https://www.move.va.gov/docs/Resources/CHPPM_How_To_Write_And_Exercise_Prescription.pdf</a></li> </ul>
Terapia de manejo de problemas	Desenvolver habilidades de resolução de problemas que podem ser aplicadas	Facilitar aos usuários a identificação de problemas de vida específicos associados a problemas	Terapia de manejo de problemas <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="http://www.racgp.org.au/afp/2012/september/problem-solving-therapy/#16">http://www.racgp.org.au/afp/2012/september/problem-solving-therapy/#16</a></li> </ul>

	a problemas da vida associados a problemas psicológicos e somáticos	psicológicos e/ou sintomas somáticos Orientar os usuários a definirem metas específicas e alcançáveis Ajudar os usuários a pensar em possíveis soluções e pesar seus prós e contras Capacitar os usuários para decidir e implementar um plano de ação e revisar os resultados	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <a href="http://www.who.int/mental_health/emergencies/problem_management_plus/en/">http://www.who.int/mental_health/emergencies/problem_management_plus/en/</a></li> <li>● <a href="https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53939/9789275723388_por.pdf?sequence=5&amp;isAllowed=y">https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53939/9789275723388_por.pdf?sequence=5&amp;isAllowed=y</a></li> </ul>
Primeiros cuidados psicológicos	Ferramenta para oferecer assistência direta a indivíduos e comunidades e organizar resposta rápida relacionada a situações de crise (ambientais, sanitárias e sociais)	Contribui para formar pessoas capazes de ofertar auxílio em situações que envolvem assistência humana e ajuda prática a indivíduos que sofreram sérias situações de crise, evento traumático ou estresse agudo	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <a href="https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&amp;view=article&amp;id=4847:primeiros-cuidados-psicologicos-um-guia-para-trabalhadores-de-campo&amp;Itemid=839">https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&amp;view=article&amp;id=4847:primeiros-cuidados-psicologicos-um-guia-para-trabalhadores-de-campo&amp;Itemid=839</a></li> </ul>

Fonte: adaptado de WONCA (2017).

Essas intervenções também são contempladas pelo manual MI-GAP em cada condição apresentada, sendo fundamental que o documento não seja utilizado apenas quando a condição já está instalada. Em relação ao abuso de álcool, devem ser implementadas estratégias de detecção precoce e rastreamento, como o *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT), potencialmente eficientes quando associadas a técnicas de intervenção breve ou entrevista motivacional.

As intervenções breves são de curta duração e podem ser utilizadas por várias categorias profissionais, diferentemente das psicoterapias (que necessitam de formação especializada nas diferentes técnicas), podendo, inclusive, fazer parte de rotinas assistenciais já estabelecidas nos serviços de saúde. Esse tipo de abordagem é estruturado em etapas de até 30 minutos de duração, com um objetivo específico, ancorada em técnicas de aconselhamento e orientações básicas para prevenção a determinado padrão de comportamento. Pode incluir também o monitoramento de metas pactuadas de forma compartilhada com o usuário (Marques; Furtado, 2004).

Os princípios básicos estão estruturados em torno de seis elementos (Miller; Sanches, 1993), esquematizados no quadro abaixo:

**Quadro 7 – Princípios da intervenção breve e competências profissionais**

<b>Elemento</b>	<b>Competência do profissional</b>
Feedback (devolutiva)	Fazer devolutiva para o usuário, de forma clara e objetiva, sobre sua condição de saúde, evolução e eventuais riscos
Responsibility (responsabilização)	Estimular a autonomia do usuário no processo terapêutico e na tomada de decisões
Advice (aconselhamento)	Oferecer informações claras ao usuário acerca de sua condição de saúde, relacionando as queixas ou problemas apresentados na ocasião
Menu of option (menu de opções)	Construir, junto do usuário, um leque de estratégias que o auxilie no enfrentamento/resolução de determinada situação
<i>Empathy</i> (empatia)	Mostrar-se disposto a ouvir e a ajudar o usuário de forma livre de preconceitos e julgamentos
<i>Self-efficacy</i> (autoeficácia)	Encorajar o usuário a acreditar nos recursos e nas habilidades de que dispõe

Fonte: adaptado Miller e Sanches (1993).

Ainda deve ser lembrado que, dentre as principais competências da APS, está a coordenação do cuidado com a população de seu território. Na saúde mental, um importante aspecto dessa função aplica-se ao cuidado com as pessoas com TMG e persistente, que necessitam de atendimento dos profissionais especializados. Esses usuários, mesmo que acompanhados pela Atenção Especializada em saúde mental, não deixam de ser público-alvo da APS, em decorrência da necessidade de garantia da integralidade do cuidado. Assim, por ocasião da estabilização do quadro do TMG, a equipe da ESF é a responsável pelo acompanhamento de manutenção do tratamento de saúde mental, contando com o apoio e a retaguarda das Equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental e dos CAPS, sempre que necessário.

#### 5.4.2 Demanda espontânea de saúde mental na Atenção Primária à Saúde

Além dos cenários descritos, a APS exerce papel fundamental na acolhida de demandas espontâneas, por oportunizar uma ampla investigação das necessidades em saúde mental, que, usualmente, apresentam-se por meio de queixas físicas, dificultando sua identificação e seu manejo. É um momento estratégico para vincular e ampliar o acesso dos usuários que ainda não foram captados pela rede, bem como para realizar o manejo precoce de eventuais agudizações.

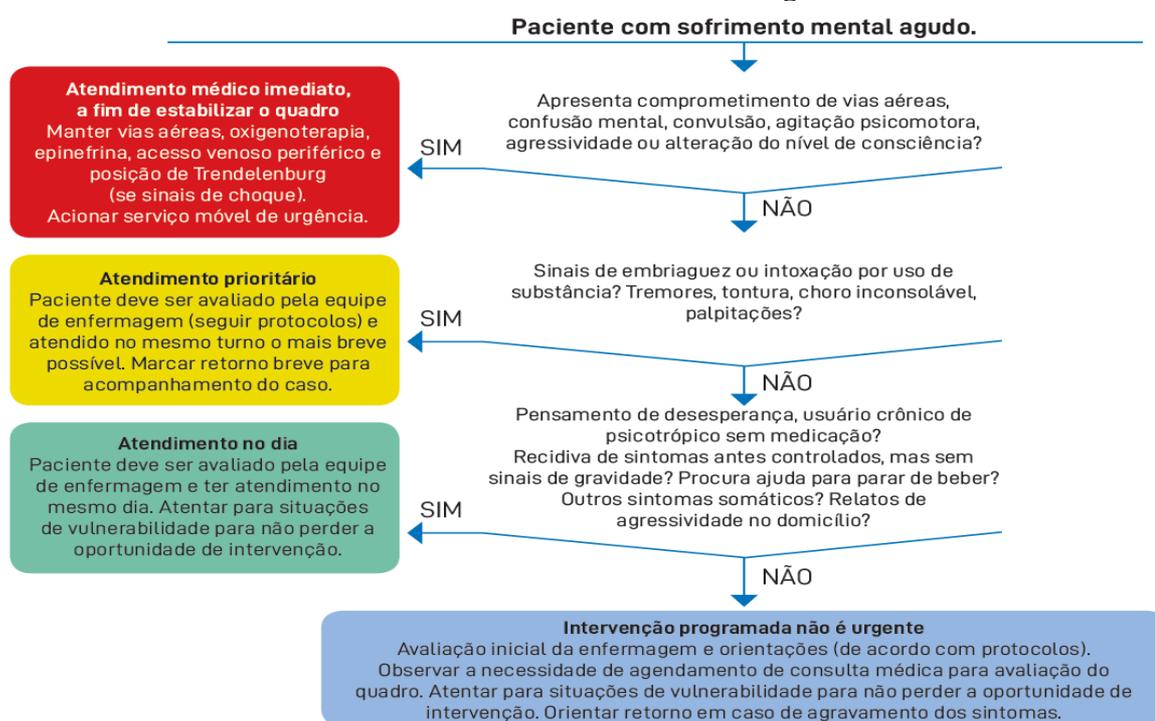
Entre esses usuários, destacam-se aqueles com sintomas associados a situações de estresse agudo, luto e aqueles com múltiplas queixas físicas, normalmente identificados como “pacientes poliqueixosos”. O modelo tradicional de avaliação desses usuários, ao levar em conta que o diagnóstico de sofrimento ou transtorno mental deve ser considerado a partir de um critério de exclusão de toda e qualquer possível doença orgânica, dificulta a detecção e o cuidado adequado (Duncan *et al.*, 2013).

Uma abordagem integral, que coloque a pessoa como centro do processo e permita a correta avaliação psicossocial, concomitante à avaliação clínica, amplia a possibilidade de detecção e tratamento adequado desses usuários.

A associação entre o processo de classificação de risco, o uso do MI-GAP e a estruturação do cuidado escalonado viabiliza uma proposta para organização do cuidado em saúde mental, integrando a abordagem centrada na pessoa com a organização de uma rede de cuidados colaborativos, que potencializa o acesso e a qualificação do cuidado.

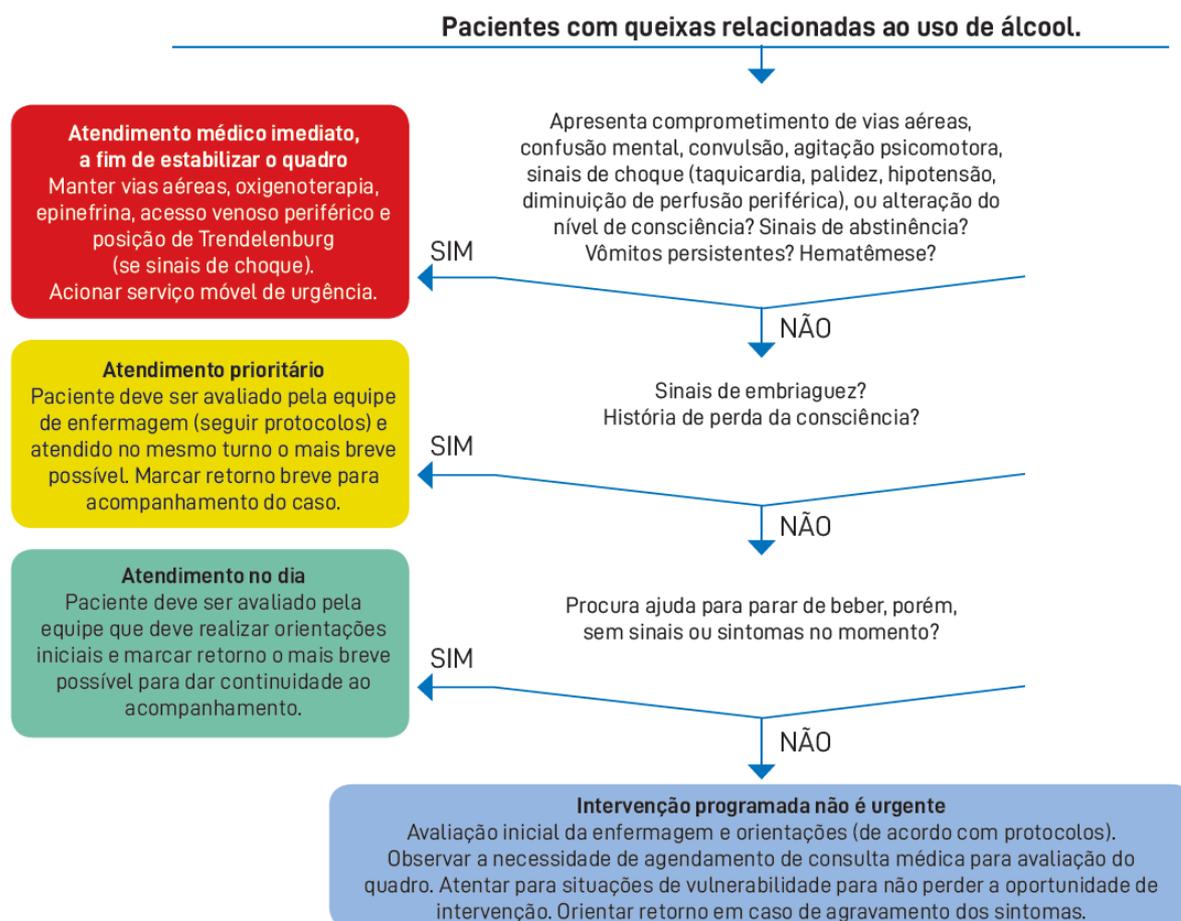
As figuras 6 e 7 a seguir exemplificam fluxogramas de classificação de risco e vulnerabilidade de usuários em sofrimento mental agudo e transtorno agudo relacionado ao uso de álcool.

**Figura 6 – Fluxograma para atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos usuários com sofrimento mental agudo**



Fonte: Brasil (2013a).

**Figura 7 - Fluxograma para atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos usuários com transtorno mental relacionados ao uso de álcool**



Fonte: Brasil (2013a).

#### 5.4.3 Atenção Especializada em Saúde Mental

A Atenção especializada ou secundária em saúde mental se desdobra em dois pontos específicos: os Centros de Atenção Psicossocial e as equipes multiprofissionais especializadas.

##### 5.4.3.1 Centros de Atenção Psicossocial

Desde o final da década de 1980, o atendimento especializado em saúde mental tem migrado para um modelo centrado nos CAPS, que são equipamentos desenhados para atendimento dos transtornos mentais “severos e persistentes”, estratégicos e articuladores da rede de saúde mental em seus respectivos territórios. São centrais no caminho seguido pela reforma do modelo de assistência psiquiátrica brasileira, que preconiza um cuidado focado na assistência de base territorial e na reabilitação psicossocial, deslocando o foco do modelo centrado na perspectiva hospitalar.

Apesar do primeiro CAPS do Brasil existir desde 1986 (CAPS Prof. Luis Cerqueira), apenas no ano de 2002 eles foram regulamentados, por meio da portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002, e, posteriormente, pelas portarias de consolidação nº 3 de 28 de setembro de 2017 e pela portaria 3.588 de 21 de dezembro de 2017. Os CAPS estão organizados da seguinte forma, conforme redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 2017 (Brasil, 2002; 2017):

CAPS I: atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de quinze mil habitantes (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 4º, I);

CAPS II: atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 4º, II);

CAPS III: atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 4º, III);

CAPS AD: atende pessoas de todas as faixas etárias, que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 4º, IV);

CAPS AD III: atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 4º, V);

CAPS i: atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 4º, VI); e

CAPS AD IV: atende pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Sua implantação deve ser planejada junto a cenários de uso em municípios com mais de 500.000 habitantes e capitais de Estado, de forma a maximizar a assistência a essa parcela da população. Tem como objetivos atender pessoas de todas as faixas etárias; proporcionar serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana; e ofertar assistência a urgências e emergências, contando com leitos de observação (Brasil, 2017).

Os CAPS são serviços de base comunitária, constituídos por equipe multiprofissional, cujo foco principal é o atendimento às pessoas com TMG e persistentes e as iniciativas de

reabilitação psicossocial em regime intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Também devem assistir as pessoas com necessidades decorrentes do uso nocivo e dependência de álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial.

A proposta terapêutica dos CAPS é estruturada a partir de um PTS elaborado por equipe interdisciplinar, a qual deve manter constante diálogo e articulação com a APS do seu território para a oferta de cuidados, como atendimentos individuais, visitas domiciliares, atendimento à família, realização de oficinas terapêuticas, atividades comunitárias e em grupo, sendo esses os principais recursos do serviço dentro do paradigma da desinstitucionalização (Quadro 8).

**Quadro 8 – Resumo das estratégias que compõem o Projeto Terapêutico Singular nos Centros de Atenção Psicossocial**

<b>Estratégias</b>	<b>Definição</b>
Acolhimento inicial	Atendimento por demanda espontânea ou referenciada, incluindo as situações de crise no território; consiste na escuta qualificada e visa reinterpretar as demandas, construir o vínculo terapêutico inicial com o usuário e articular o acesso a outros pontos da rede.
Acolhimento diurno e/ou noturno	Hospitalidade diurna e/ou noturna realizada nos CAPS com os objetivos de resgate, retomada e redimensionamento das relações sócio comunitárias e familiares.
Atendimento individual	Visa à elaboração do PTS ou ao seguimento de intervenções nele previstas. Pode ser realizado por diferentes categorias profissionais.
Atenção às situações de crise	Ações realizadas para manejo das situações que causam acentuado sofrimento e desorganização. Pode ser realizada no próprio serviço, na residência ou em espaços do território.
Atendimento em grupo	Atividades coletivas com o objetivo de fomentar sociabilidade, afetividade, autoestima, autonomia, promover relações de trocas, vivência de pertencimento, e o exercício da cidadania.
Práticas corporais	Estratégias de promoção da saúde que promovam a percepção corporal, a autoimagem, a coordenação psicomotora. São essenciais para a construção e autonomia.
Práticas expressivas e comunicativas	Atividades que promovam a ampliação do repertório comunicativo e expressivo dos usuários, sua inserção nos espaços culturais, e a criação de novos lugares sociais.
Atendimento para a família	Acolhimento individual/coletivo dos familiares, estimulando a corresponsabilização, o cuidado e o compartilhamento de experiências e informações.
Atendimento domiciliar	Atenção realizada no local de moradia da pessoa e seus familiares. Visa ao acompanhamento do cuidado e ao melhor entendimento do contexto e das relações em que o indivíduo se encontra inserido.
Ações de reabilitação psicossocial	Ações territoriais que visam à produção de novas possibilidades para projetos de vida, o exercício de cidadania e ao fortalecimento de usuários e seus familiares. Podem ser articuladas junto aos setores: educação, trabalho/economia solidária, habitação, cultura, direitos humanos.
Promoção de contratualidade	Ações de fomento à criação de novos espaços de negociação, trocas e diálogo, com o objetivo de garantir a participação dos usuários em igualdade de oportunidades, a ampliação da autonomia e das redes socioafetivas. Devem acontecer nos espaços cotidianos do usuário e seus familiares.

Fortalecimento do protagonismo de usuários e familiares	Ações que promovam a participação de usuários e familiares nos processos de gestão dos serviços e da rede, como assembleias de serviços; participação em conselhos, conferências e congressos; apropriação e defesa de direitos e criação de formas associativas de organização.
Ações de articulação de redes intra e intersetoriais	Estratégias de fortalecimento de ações conjuntas com diversos setores como: educação, justiça, assistência social, direitos humanos e recursos comunitários presentes no território. Essas articulações devem atender as necessidades sinalizadas no PTS do usuário.
Matriciamento de equipes dos pontos de atenção da atenção básica, urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência	Apoio sistemático, ofertado pela equipe especializada aos demais pontos de atenção da rede, com objetivo de suporte técnico-pedagógico à condução do cuidado em saúde mental: atendimento compartilhado, ações intersetoriais no território, construção e revisão do PTS, entre outros.
Ações de redução de danos	Conjunto de práticas e ações, articuladas de forma inter e intrassetorialmente, que busca minimizar danos de natureza biopsicossocial, decorrentes do uso de substâncias psicoativas e ampliar o acesso a cuidados.
Acompanhamento de serviço residencial terapêutico	Apoio às equipes dos serviços residenciais terapêuticos, com a corresponsabilização nos projetos terapêuticos dos usuários. Visa à produção de autonomia e à reinserção social.
Apoio a serviço residencial de caráter transitório	Suporte técnico-institucional sistemático aos trabalhadores e moradores da SRT: o monitoramento dos PTS, articulação intersetorial visando à integralidade das ações e apoio presencial sistemático.

Fonte: adaptado de Brasil (2012).

As oficinas terapêuticas cumprem papel fundamental no cuidado dos usuários (Cedraz; Dimenstein, 2005). Elas catalisam a produção psíquica dos participantes, canalizando-a para sustentar a colocação deles diante do social (a família, a cultura, o mercado de trabalho, entre outros). Contribuem para a apropriação de suas histórias de vida, possibilitando a transformação pessoal e de recursos internos e a ressignificação da saúde, ampliando, por sua vez, processos emancipatórios, que envolvam cidadania, autonomia e inserção social, além de proporcionar acolhimento e interação com os demais participantes (Cedraz; Dimenstein, 2005).

Toda a proposta terapêutica do CAPS deve ser desenvolvida por meio do PTS, acordado com os usuários e seus familiares, com base nas linhas de cuidado e de Diretrizes Clínicas baseadas em evidências. Outra atividade de suma importância desenvolvida é a assembleia de usuários, que constitui um espaço de participação social, onde usuários, familiares e profissionais discutem e deliberam sobre a organização do serviço. Fomenta o exercício da cidadania dos usuários e relembra o potencial transformador da união dos usuários e profissionais. Figueiró e Dimenstein (2010) defendem a necessidade de um modo de funcionamento do serviço que incentive a cogestão dos CAPS por seus usuários, permitindo que estes se apropriem desses dispositivos, (re)criando-os e criando condições de funcionamento que atendam suas demandas da melhor maneira possível. A realização do matriciamento também faz parte da gama de atividades do CAPS (Figueiró; Dimenstein, 2010).

#### 5.4.3.2 Equipe Multiprofissional Especializada em Saúde Mental

Há vários desafios no cuidado em saúde mental no país. Entre eles, destaca-se o cuidado com os casos que não necessitam do atendimento especializado na intensidade que os CAPS oferecem.

Outros problemas advêm da grande demanda por consultas e atendimentos individuais de transtornos leves e moderados que os serviços acolhem, apesar de não ser sua demanda prioritária. Esse fenômeno, detectado em diversos territórios do país, tem sido reconhecido como “ambulatorização” dos CAPS e aponta uma rede ainda em construção, que necessita ser fortalecida para dar resposta à lacuna assistencial às pessoas que apresentam quadros psicossociais moderados.

A Portaria n.º 3.588 de setembro de 2017, que altera a portaria de consolidação n.º 3 e n.º 6, de 28 de setembro de 2017, instituiu as equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental para desenvolver ações ambulatoriais às pessoas com transtornos mentais moderados, com o propósito de dar retaguarda em saúde mental para as equipes da APS e promover a integralidade do cuidado. Para tanto, essas equipes devem se articular com os demais pontos da rede, podendo funcionar dentro de unidades interdisciplinares de atendimento ambulatorial, como os centros de saúde, as policlínicas, os ambulatórios de hospitais gerais e os centros de especialidades (Brasil, 2017). Segundo Art. 50-K. da referida portaria, compete às equipes:

- Ampliar o acesso à assistência em saúde mental para pessoas de todas as faixas etárias com transtornos mentais mais prevalentes, como transtornos de humor, dependência química e transtornos de ansiedade;
- Prestar assistência multiprofissional às pessoas com transtornos mentais moderados, encaminhados pela Atenção Básica;
- Constituir preferencialmente referência regional para assistência ambulatorial especializada em saúde mental;
- Trabalhar de maneira integrada com outros pontos de atenção das redes do SUS; e
- Estabelecer articulação com demais serviços do SUS e com o Sistema Único de Assistência Social, de forma a garantir direitos de cidadania, cuidado transdisciplinar e ação intersetorial.

Esse desenho, aliado ao MACC, possibilita uma configuração que foge à proposta tradicional de ambulatório, baseada no cuidado fragmentado e duramente criticada por sua falta de articulação com a rede e sua baixa resolubilidade.

A inclusão das equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental na RAPS, desde que alinhada ao paradigma da atenção psicossocial, propicia mais uma ferramenta de cuidado e apoio para a APS. Há a possibilidade de inclusão dos usuários que não apresentam o perfil de necessidade com maior intensidade de cuidado especializado, como o ofertado pelo CAPS, porém, extrapolam o escopo de ação da APS. Pode-se usar como exemplo as competências de médicos de família definidas por sua associação mundial (WONCA, 2017), as quais não englobam várias ações especializadas, como algumas modalidades de psicoterapia ou o ambulatorial a usuários em crise, para ajuste de medicação psicotrópica mais complexa – dentre eles alguns neurolépticos e estabilizadores de humor.

A psicoterapia realizada por profissionais especializados em saúde mental de caráter ambulatorial no SUS é uma das áreas prioritárias de aperfeiçoamento na estruturação das Equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental. A formação de psicólogos se caracterizou durante muito tempo como voltada à realidade dos consultórios privados, promovendo uma lacuna na caracterização e na adequação das práticas psicoterápicas de caráter ambulatorial por especialistas, fragilizando, inclusive, o monitoramento e a avaliação destas práticas em resposta às demandas dos serviços no SUS (Bock, 1999).

Conforme modelos implementados em outros países, como o *National Health Service* (NHS), desenvolvido no Reino Unido, é necessário definir as técnicas, a intensidade e a duração dos tratamentos psicoterápicos que apresentem ser mais efetivos para a realidade brasileira. Modelos assim propõem uma ampliação do acesso a terapias psicológicas, com diversificação das possibilidades, inclusive por meio de inovação digital (App e website), dentro de uma lógica integrada e escalonada de cuidados, entre os níveis de atenção. As intervenções variam conforme a intensidade, indo de estratégias de autoajuda guiada, letramento em saúde mental, aconselhamento, intervenções remotas que se iniciam na APS até abordagens de maior intensidade presenciais e com intervenções regulares, chegando a poder disponibilizar psicoterapias de longa duração (Benjamin, 2020).

O caráter regional desse serviço é outra característica importante, uma vez que oportuniza pensar a saúde mental dentro do princípio da regionalização do SUS, segundo a lógica das redes que inclui a economia de escala e escopo. Isso permite suprir significativas lacunas assistenciais no interior do país, especialmente em municípios de pequeno porte, que não possuem parâmetros para implantação de equipamentos do nível secundário e terciário. Dos 5.570 municípios do Brasil, 68% possuem menos de 20 mil habitantes (BRASIL, 2020).

A regionalização tem se mostrado um grande desafio para SUS, em virtude da desarticulação entre os municípios e da diversidade territorial, econômica e social do país

(Macedo *et al.*, 2017). Isso acarreta sobrecarga na utilização de serviços em nível de atenção não adequado para a demanda de saúde, além de gargalos e fila de espera.

O desafio da regionalização dentre outras coisas consiste na necessidade de uma pactuação solidária entre os municípios circunvizinhos que a compõe, uma APS treinada para identificar e manejar os casos do seu território, sistema de transporte eficiente para aqueles casos que precisam de intervenção de um especialista, porém com uma intensidade de cuidado moderada. Tal realidade exige que o serviço de referência regional, além dos alinhamentos logísticos, como transporte e contrapartida financeira de todos os municípios que dele se beneficiam, uma sinergia entre as unidades de APS e o serviço regional. É fundamental que os riscos sejam identificados pela mesma lente, apesar da intervenção ser obviamente diferente entre os níveis de atenção; que as equipes de APS sejam capacitadas não apenas para a detecção e manejo, mas também para o compartilhamento e seguimento do cuidado, ter fluxos bem definidos e um canal de comunicação sistemático e horizontal com as referências de saúde mental da região (Mendes, 2012).

Esse novo modelo de ambulatório atravessado pela lógica do matriciamento cria a real possibilidade de escalonamento de cuidado em saúde mental, pois abre a opção de inclusão de um perfil específico de usuário que outrora permanecia em um limbo de cuidado. Logo, a APS, junto do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), atua como articuladora da RAPS, construindo outras territorialidades que podem instituir novos modos de relacionamento com a produção de saúde, direcionando os casos para seus devidos dispositivos de atenção psicossocial e propiciando acesso qualificado (Lima; Oliveira, 2017).

#### *5.4.4 O cuidado escalonado e os critérios para encaminhamento da Atenção Primária à Saúde para a atenção (ambulatorial) especializada*

A Portaria n.º 3.088 de 2011, que reformula a RAPS, menciona que os casos devem ser regulados conforme estratificação de risco (Brasil, 2011). Isso porque deve-se determinar a competência de cada nível de cuidado e o papel de cada serviço, no que se refere à especialização das intervenções e à demanda gerada pelo nível de gravidade dos casos de saúde mental. Outro pilar utilizado para essa regulamentação é o princípio de escalonamento do cuidado.

Para que o cuidado escalonado seja organizado de forma eficaz, é necessário que o plano de cuidado (ou PTS) de cada usuário seja construído de forma integrada entre os profissionais dos diferentes níveis assistenciais, a partir de estratégias que facilitem a comunicação entre eles.

A proposta de estruturação do cuidado desenvolvida na Austrália, conforme apresentado no *National Guidance Initial Assessment and Referral for Mental Healthcare*, baseia-se no conceito de cuidado escalonado:

Na abordagem de cuidado escalonado, uma pessoa que se apresenta ao sistema de saúde é encaminhada ao nível de cuidado menos intensivo que mais se adapta à sua necessidade atual de tratamento, considerando o equilíbrio entre os benefícios pretendidos e os riscos potenciais. Uma característica secundária importante do cuidado escalonado é o acompanhamento contínuo dos resultados e a aferição da experiência para fornecer um feedback quase em tempo real sobre os resultados, permitindo que a intensidade do tratamento seja ajustada (aumentando ou diminuindo) conforme necessário. Para conseguir isso, uma avaliação inicial é necessária. Isso é realizado em parceria com o indivíduo para determinar as opções de tratamento adequadas e apropriadas (Australian Government Department Of Health, 2020).

A ideia não é substituir ou duplicar ações e serviços já existentes, mas diversificar as possibilidades, considerando as diferentes necessidades, otimizando a força de trabalho e os recursos disponíveis, de forma coordenada e integrada à rede local. A lógica é fazer o melhor uso possível de todos os recursos do território, a fim de suprir as lacunas de cuidados existentes, ou seja, ofertar o cuidado certo, no lugar certo e no tempo certo. É fundamental que cada ponto de atenção tenha clareza do seu papel, e dos demais pontos, nessa tessitura de cuidados interligados e contínuos, nos quais todos, apesar de diferentes, falam a mesma língua e possuem o mesmo objetivo (Australian Government Department Of Health, [s. d.]).

A integração entre APS e Atenção especializadas em saúde mental tem sido implementada mundialmente em diferentes países e modelos de sistema de saúde, sendo definida como modelos de “cuidados compartilhados”, como o *shared care* canadense e o *colaborative care* norte-americano e inglês.

No Brasil, este escalonamento é construído a partir do acolhimento de casos de pessoas com transtornos mentais pela APS, com apoio das equipes do NASF e dos serviços especializados em saúde mental, quando necessário, por meio do processo de matriciamento. Quando os profissionais da APS identificam casos com os quais possuem dificuldades de manejo, a possibilidade de discuti-los ou atendê-los conjuntamente, por meio das várias ações do processo de matriciamento, potencializa a consolidação de uma rede de cuidados que funcione integradamente.

A estruturação de planos de cuidados compartilhados, geralmente definidos na saúde mental como PTS, permite que os diferentes profissionais, oriundos de unidades de todos os níveis do sistema de saúde, atuem de forma integrada, desenvolvendo as ações terapêuticas de que cada usuário necessita. Com isso, é possível escalar o cuidado e qualificar a inserção do usuário na RAPS, a partir da identificação do usuário, de sua real necessidade em saúde e do

desenvolvimento de ações conjuntas de várias modalidades em cada nível de atenção (consultas e visitas domiciliares conjuntas, discussão de casos e grupos interdisciplinares, incluindo as diferentes formas de telematriciamento). Esse modelo se assemelha ao processo de trabalho desenvolvido em outros países para a construção do cuidado compartilhado, escalonado dentro de um sistema integrado e organizado na lógica das RAS centradas na APS (Australian Government Department Of Health, 2020; Kates, 2018).

Os casos que devem ser absorvidos para a continuidade do tratamento pelas equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental são aqueles que se enquadram como casos moderados a graves e que não necessitam de cuidados com a intensidade que o CAPS oferece, ou seja, casos que precisam do olhar da equipe especializada em saúde mental e cujos diagnósticos e manejo não estão na competência da equipe de APS, porém, não requerem uma abordagem de atenção à crise ou de um processo de reabilitação psicossocial mais intenso.

O matriciamento é o regulador por excelência desse processo de compartilhamento do cuidado. A APS identifica o caso em que apresenta dificuldades no manejo e o discute conjuntamente com a equipe de apoio matricial oriunda dos diversos serviços especializados de saúde mental, para, então, definir o plano de cuidado. A partir disso, o usuário pode permanecer sob os cuidados da equipe da APS ou ser encaminhado para unidades especializadas, dentro da perspectiva do cuidado compartilhado.

Nesse formato, o compartilhamento do cuidado envolve não só a equipe da ESF e o NASF, mas, também, as equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental, os CAPS e os demais pontos da rede, visando construir uma rede integrada.

Deve-se ter claro que o atendimento especializado se organiza prioritariamente em dois níveis de cuidado, dependendo da necessidade do usuário. Isso decorre dos diferentes tipos de demanda de cuidado que os usuários apresentam:

- Usuários muito graves ou em crise, aqui denominados com TMG, com alto comprometimento funcional e pouca inserção nas atividades comunitárias e sociais, sendo necessário um cuidado mais intensivo, de caráter interdisciplinar e intersetorial, que é disponibilizado pelos CAPS. Esses usuários necessitam de uma frequência regular à unidade especializada de, no mínimo, uma a duas vezes por semana, com acesso a diferentes atividades terapêuticas e sem perspectiva, a curto prazo, de retorno para atendimento em saúde mental pela APS, dada a gravidade de seu quadro. Porém, a importância de que os planos de cuidado sejam integrados com a APS se mantém, pois esta é responsável pelo cuidado clínico desses usuários, fundamental para que se supere a redução de expectativa de vida que essa

subpopulação apresenta mundialmente. Esses usuários, com TMG e persistentes, representam em torno de 3% da população em geral, enquanto 12% da população acima de 12 anos apresenta TMG relacionado ao uso nocivo e dependência de álcool e outras drogas, em um território coberto por uma equipe da Estratégia de Saúde da Família (Brasil, 2005). Apesar do importante comprometimento funcional dos usuários acometidos com TMG e daqueles em uso nocivo e dependência de álcool e drogas, o cuidado prestado a cada grupo de usuários se dá de forma distinta e em unidades especializadas diferentes. O primeiro grupo é direcionado para os CAPS I, II, III e o segundo grupo para os CAPS AD, ADIII e IV. Na ausência de CAPS AD no território, o CAPS de referência do território (juntamente da equipe da APS) deve ofertar o suporte necessário.

- Usuários cujo quadro clínico aponta graus moderados, porém com comprometimento clínico e funcional significativo, necessitando de intervenções terapêuticas especializadas, com a intensidade de cuidado moderada e sem demanda de reabilitação psicossocial importante. Nesse cenário, podemos citar intervenções junto a usuários ainda não estabilizados, com necessidade de ajustes frequentes de medicação psicotrópica que estão além da competência esperada de um médico de família, e usuários que necessitem de intervenções psicoterápicas especializadas, tais como psicoterapias breves, grupo terapias, terapia de família, que também podem ser realizadas pela APS. Esses usuários representam a demanda a ser atendida pelas equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental especializadas e correspondem a cerca de 12% a 17% dos usuários com transtorno mental na população adulta do território sob responsabilidade de uma equipe da ESF. Esses usuários devem retornar ao acompanhamento pela APS quando se apresentarem estáveis, sem modificação de medicação e sem necessidade de psicoterapia especializada, devendo ser procedida a alta implicada, em conjunto com a APS. A população infanto-juvenil também pode ser inserida nesse contexto, desde que a abordagem terapêutica a ser utilizada nesses casos não contemple a intensidade de um CAPS Infanto-juvenil (CAPSi), porém apresenta demanda de atendimento especializado, tanto da psiquiatria, quanto de outras intervenções realizadas por equipe multiprofissional, fugindo ao escopo de ação da APS. Parte desse público tem sido atendido em formato ambulatorial pelas equipes dos CAPS, que não têm o ambulatório como sua missão assistencial mais específica. Assim, equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental têm como objetivo apoiar a APS

e estimular a articulação da rede, mediante atenção aos usuários que necessitam do acompanhamento especializado, de forma não intensiva, de modo que uma parte, quando estabilizada, retorne ao acompanhamento apenas da equipe da APS, com suporte dos profissionais dos NASF.

#### *5.4.5 Parâmetro para estimativa do público com critérios de encaminhamento para atendimento em serviços especializados em saúde mental*

Em uma população de dez mil adultos adstrita a unidades da APS na ESF, as prevalências de transtornos mentais entre adultos estimadas são de 3% a 5% de TMG, 10% a 12% de pessoas em uso nocivo ou dependência a álcool e outras drogas (principalmente álcool) e 15% a 20% com transtornos mentais comuns (quadros depressivo-ansiosos, que se apresentam sob forma de queixas somáticas) e estão fortemente relacionados a determinantes sociais negativos, aumentando em regiões de pobreza, violência e fraca rede de suporte social (Brasil, 2009).

É alto o índice de comorbidades entre esses quadros clínicos, de forma que se calcula que em torno de 20% dos adultos atendidos por uma equipe da APS apresentarão transtornos mentais demandando cuidado, ou seja, pelo menos cerca de 2.000 adultos. Dentre eles, é previsto que 80% a 85% permanecerão em tratamento na APS (1.700 pessoas), e o restante (3%) demandará atendimento pelos CAPS (60 pessoas). Ainda, de 12% a 17% deverão ser acompanhados pelas equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental, e parte, após ter sido estabilizada, deve retornar ao acompanhamento apenas pela APS, perfazendo um total de 240 pessoas adultas. Nesses cálculos, não estão incluídos os casos de crianças e adolescentes, cuja prevalência de problemas mentais no Brasil ainda não está bem definida.

Esse tipo de critério também embasa a construção da proposta de cuidado em saúde mental na Austrália, tendo como referência as prevalências nacionais (Figura 8). Como no Brasil, a organização australiana da APS leva em conta os territórios e as comunidades adstritas às equipes/unidades, sendo possível a adaptação desse modelo em nível micro, permitindo a construção de indicadores baseados na equipe.

**Figura 8 – Prevalência estimada de acordo com os níveis de necessidade de cuidado**



Fonte: traduzido e adaptado de *National Health Strategy* (2017).

#### 5.4.5.1 Critérios para definição de estabilidade

A definição de estabilidade e instabilidade clínica é crucial no modelo de cuidados compartilhado e escalonado. Embora a APS seja responsável pelo acompanhamento dos casos leves e moderados (sem grande comprometimento funcional, em especial dos transtornos mais prevalentes, que são o uso nocivo e a dependência de álcool, e os transtornos depressivo-ansiosos com queixas somáticas), ela também tem papel terapêutico a desempenhar em casos mais graves. Sua função envolve o acompanhamento clínico desses usuários e o apoio a suas famílias.

Quando o usuário com TMG se estabiliza e não precisa mais de cuidados especializados em saúde mental com regularidade de maior intensidade (semanal, quinzenal ou mensal, pelo menos), a equipe da APS passa a ser a responsável pela continuidade de seu cuidado, dentro de uma prática integral, na qual os cuidados físico e psíquico não se dissociam. O apoio do matriciador se dará à medida que a equipe da APS solicitar, podendo manter um monitoramento do caso de forma remota e, quando necessário, realizar nova avaliação em conjunto.

Porém, quando podemos considerar um usuário estável?

- Quando a medicação de maior complexidade (neurolépticos e estabilizadores de humor) em uso não necessita ser modificada. Os TMG são quadros crônicos, e o uso contínuo da medicação adequada é essencial na prevenção de crises e reagudizações que podem levar a episódios de auto ou heteroagressão ou mesmo a necessidade de

internação. Qualquer necessidade de alteração desse tipo de medicação deve passar pelo especialista, pois exige reavaliação de dose ou classe de medicação.

- Quando a necessidade de atendimento do especialista em saúde mental de diferentes modalidades já não se faz necessária, e o usuário não apresenta comprometimento significativo na sua autonomia, pode se apoiar nas intervenções psicossociais de menor intensidade e na abordagem centrada na pessoa, também conhecida como método clínico centrado na pessoa, um dos pilares da formação em medicina de família e comunidade.

Alguns casos apresentam necessidade do matriciamento para a viabilização de sua permanência na APS. Como exemplos, podemos citar o uso de medicação no idoso (efeitos colaterais específicos), a polifarmácia (noções de interação medicamentosa) e a presença de transtornos mentais na gravidez (avaliação de riscos e benefícios em relação ao uso da medicação).

#### *5.4.6 Reabilitação psicossocial*

Dentre os desafios da saúde mental estão a garantia dos direitos fundamentais, o exercício da cidadania e a promoção da autonomia dos usuários. Esses usuários ainda sofrem com os impactos decorrentes do estigma em relação aos transtornos mentais. Para esse fim, o componente de reabilitação psicossocial precisa de uma atenção particular dos serviços de saúde, sendo o CAPS o serviço central no desenvolvimento das atividades em articulação com outros setores da sociedade.

O processo de reabilitação psicossocial é composto por ações de fortalecimento de usuários e de familiares, mediante a criação e o desenvolvimento de iniciativas articuladas com os recursos do território nos campos do trabalho/economia solidária, habitação, educação, cultura, direitos humanos, que garantam o exercício de direitos de cidadania, visando à produção de novas possibilidades para projetos de vida (Brasil, 2013b p. 12).

A reabilitação psicossocial pode ser compreendida como ancorada em três aspectos fundamentais e imbricados: a oportunidade de trocas de recursos e afetos entre pessoas em sofrimento psíquico, profissionais, serviços e sociedade sejam ampliadas; a contratualidade dos sujeitos e a plena cidadania (Morato; Lussi, 2018).

Assim, o componente da reabilitação psicossocial constitui um dos mais complexos na saúde mental. Apesar de os CAPS terem em seu escopo de ações o papel da reabilitação psicossocial, os demais pontos da RAPS, principalmente a APS, também têm o desafio da garantia das conquistas desses usuários. Fundamentalmente, trata-se da construção de uma rede

de cuidado intersetorial, que extrapola o setor saúde e exige um trabalho em cooperação sólido, e as equipes da APS demonstram grande habilidade em praticá-lo, ao construírem redes em seus territórios com Organizações Não Governamentais (ONGs), escolas, centros de convivência e dispositivos da rede de assistência social, como os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS).

### 5.5 Seção III – A organização da assistência

Falar em atenção integral em saúde mental só é possível a partir de uma lógica de organização do cuidado em rede, a qual é entendida para além da soma dos serviços disponíveis em si, mas, como um arranjo vivo, dinâmico e que se desenha na vivência dos territórios, articulado permanentemente aos diversos equipamentos ali existentes:

Somente uma organização em rede, e não apenas um serviço ou equipamento, é capaz de fazer face à complexidade das demandas de inclusão de pessoas secularmente estigmatizadas, em um país de acentuadas desigualdades sociais. É a articulação em rede de diversos equipamentos da cidade, e não apenas de equipamentos de saúde, que pode garantir resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais. Para a organização desta rede, a noção de território é especialmente orientadora (Brasil, 2005 p. 25).

No Brasil, o MACC é proposto como metodologia de organização das RAS (Mendes, 2011), que coaduna com alguns princípios organizativos da saúde mental (Quadro 9).

#### Quadro 9 – Organização das ações de Saúde Mental no Modelo de Atenção às Condições Crônicas

Nível	Situação	Foco	Intervenção
Nível 1: promoção	Ausência e fatores de risco ou transtornos estabelecidos.	Determinantes sociais intermediários da saúde	Atuação da APS, especialmente em casos ligados às condições de vida e de trabalho, extensiva a toda a população: educação, emprego, renda, habitação, saneamento, disponibilidade de alimentos, infraestrutura urbana, serviços sociais e comunitários. Ações voltadas à promoção da saúde para a população em geral. Quanto pior a qualidade de vida da população, maiores as possibilidades de sofrimento mental.
Nível 2: prevenção primária	Fatores que influenciam o desenvolvimento emocional, comprometem a capacidade de resiliência e desencadeiam transtornos mentais e	Determinantes proximais da saúde	Ênfase das ações voltadas para os fatores de riscos, conforme descrito anteriormente, focando a parcela da população que apresenta esses fatores predisponentes. As intervenções psicossociais de baixa intensidade são a primeira opção (ver Quadro 3).

Nível 3: gestão da condição pela APS	Transtornos Mentais Comuns (quadros leves e moderados de alta prevalência nos territórios) <sup>[1]</sup>	Condição instalada	O transtorno mental já está estabelecido, porém manifesta um quadro que pode ser manejado pela equipe multiprofissional de APS (eSF e NASF). Destaca-se o papel do NASF como matriciador, para aumentar a resolubilidade dos cuidados em nível primário e as possibilidades de intervenção. Neste nível o uso do MI-GAP orienta às equipes quanto ao direcionamento e as possibilidades de manejo.
Nível 4: gestão da condição compartilhada	Transtornos Mentais Graves	Condição de saúde complexa	A condição de saúde mental apresenta sinais de agravamento do quadro. As intervenções são compartilhadas entre as equipes da APS e da Equipe Ambulatorial Especializada em Saúde Mental, mediante Plano de cuidados compartilhado, PTS, com vistas à estabilização do usuário.
Nível 5: gestão da condição compartilhada	TMG e persistentes	Condições de saúde muito complexa	A condição de saúde mental exige ações mais intensas de cuidado, focando na reabilitação psicossocial, em decorrência da perda significativa de autonomia, aumento da condição de dependência ou risco de morte. O cuidado continua compartilhado, porém com ênfase temporária no CAPS de referência, até estabilização do usuário. As intervenções voltadas para as relações familiares e comunitárias são importantes em todos os níveis, porém tornam-se especialmente relevantes neste nível de cuidado.

Fonte: adaptado de Mendes (2011).

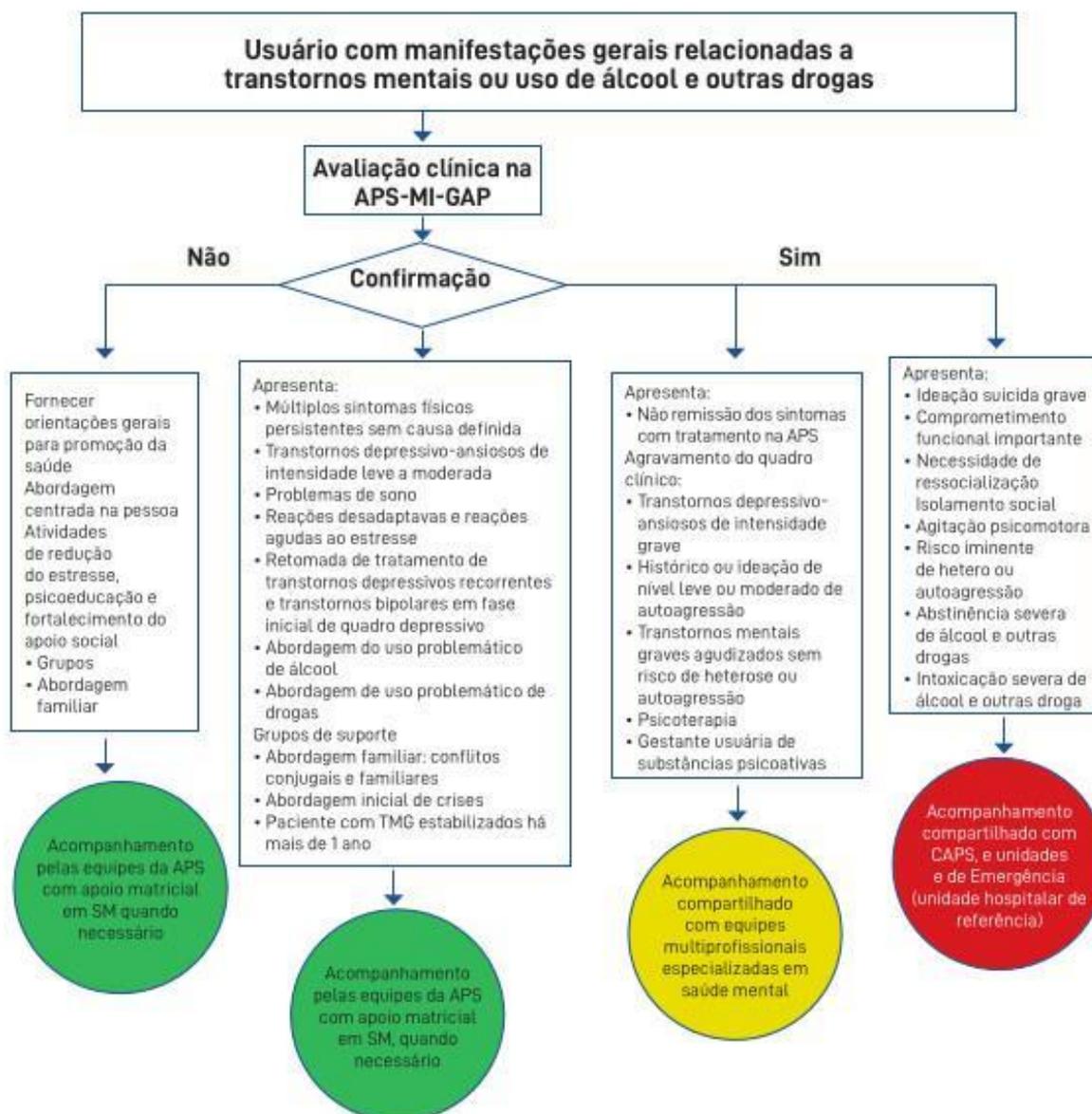
Nota: [1] Definição de Tófoli (2004).

APS: Atenção Primária à Saúde; eSF: Equipe Saúde da Família; NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família; AAE: Atenção Ambulatorial Especializada.

O MACC propõe uma relação de equilíbrio entre o autocuidado apoiado e o cuidado profissional, respeitando o nível de complexidade da situação de saúde (Mendes, 2011). Nos níveis 1, 2 e 3, o estímulo a ações de autocuidado apoiado assumem papel central da intervenção, enquanto, nos níveis 4 e 5, o cuidado profissional passar a assumir um papel maior, mas sempre com o foco na promoção da autonomia e na reabilitação psicossocial dos usuários.

Considerando a perspectiva da APS, que atua como coordenadora do cuidado, sendo parte de todas as redes, inclusive da RAPS, e ser considerada a porta de entrada preferencial no SUS para avaliação inicial dos usuários com diversos tipos de demandas, propõem-se a seguinte estratégia de fluxo para avaliação inicial na APS, ilustrada na figura 9.

**Figura 9 – Fluxo de atendimento**



Fonte: elaborado pela autora. 2021.

O cuidado em saúde mental se inicia quando o usuário é identificado com algum sofrimento psíquico pelas equipes da APS, e seu acesso aos cuidados em saúde é viabilizado. Ao se identificarem os casos na equipe, os profissionais os estratificam, identificando o tipo de cuidado necessário e qual equipamento da rede é o mais adequado para o cuidado daquele caso. Nesse momento, a equipe do NASF participa com o apoio matricial, colaborando com o desenvolvimento de um PTS compatível com a necessidade de saúde apresentada pelo usuário naquele momento. Nele, definem-se os objetivos do tratamento, o escalonamento do cuidado e os profissionais responsáveis pelo monitoramento do caso. Grande parcela dos usuários que procuram as unidades de saúde apresenta queixas outras que não de saúde mental, denominadas

“queixas médicas inespecíficas”, e muitas vezes, estão relacionadas a transtornos mentais não tratados (Macedo *et al.*, 2017).

### 5.5.1 Integração da rede e o processo de matriciamento

Para estruturação de uma RAPS que funcione de forma integrada, faz-se necessário o estabelecimento de formas eficazes de comunicação entre profissionais dos diferentes níveis de atenção e tipos de serviços. Esse processo pode ocorrer de várias formas, preferencialmente a partir de uma diretriz clínica comum, e sua finalidade última é estabelecer o cuidado compartilhado.

O modelo brasileiro de cuidados compartilhados ou colaborativos em saúde mental chama-se apoio matricial e tem nas diferentes formas de matriciamento as especificidades desses processos de trabalho.

#### 5.5.1.1 O matriciamento

Conceituado originalmente por Gastão Wagner de Campos, em 1999, o apoio matricial vem sendo progressivamente implantado no país, principalmente com a criação dos NASFs em 2008, tendo nele sua principal forma de trabalho (Campos, 1999).

A base desse novo processo de trabalho é a de que profissionais de distintas áreas se comuniquem e troquem informações construindo, de forma integrada, uma proposta de cuidado mais adequada às necessidades dos usuários, tanto em termos de intervenções terapêuticas necessárias, quanto em relação ao ponto de atenção em que esses cuidados devem ser ofertados. A estratégia possui um aspecto pedagógico que fortalece a educação permanente nos territórios.

Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial (Campos; Domitti, 2007 p. 399-400).

A partir dessa visão ampla, são muitas as formas de se realizarem as atividades de matriciamento, indo desde a discussão de caso (geralmente intermediada por meios eletrônicos, como em teleconsultas ou por telefone), até a realização de intervenções conjuntas, como consultas e visitas domiciliares conjuntas ou grupos interdisciplinares. A base fundamental reside em viabilizar a integração da APS com a atenção especializada em saúde mental e realizar um cuidado colaborativo, a partir de um PTS comum.

Com experiências pioneiras, como a do Núcleo de Saúde Mental da Policlínica Piquet Carneiro (PPC) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), verifica-se que essa integração pode ser estruturada, superando o maior problema do atendimento ambulatorial especializado clássico, o qual reside em sua atuação isolada do restante da rede, servindo muitas vezes apenas como porta de entrada para os hospitais.

Construir uma proposta de atendimento ambulatorial integrado com a APS, que respeita e fortalece seu papel de coordenadora do cuidado na RAPS, representa o maior desafio dessa nova proposta de cuidado ambulatorial. Ademais, para que essa proposta de integração se concretize, o processo de matriciamento necessita ser organizado de forma efetiva (Saraiva *et al.*, 2020). Dentre os principais aspectos dessa organização estão:

- Regularidade e agendamento: é fundamental que o apoio matricial seja realizado regularmente e ininterruptamente. Nenhuma experiência com matriciamento realizado apenas sob demanda foi bem-sucedida. Assim, proteger um turno na agenda dos profissionais da APS para o matriciamento é indispensável. Para que o processo seja mais resolutivo, ele deve ser centrado em consultas compartilhadas, com a presença dos usuários e suas famílias, sempre que necessário. Também se incluem atendimentos individuais conjuntos, visitas domiciliares conjuntas, grupos interdisciplinares e atendimento à família (Saraiva *et al.*, 2020). A resolutividade das ações conjuntas permite que estas se tornem uma atividade de educação continuada dos diferentes profissionais envolvidos, por meio da troca de conhecimento interdisciplinar, superando, em muito, a discussão de caso, pois a incluem.

A discussão do caso permeia as atividades compartilhadas, ocorrendo antes, durante e depois delas, sendo mais efetiva. Permite, ainda, que sejam imediatamente definidas as condutas terapêuticas, incluindo a absorção por profissionais especializados. Para tanto, tornam-se fundamentais o agendamento organizado dessas atividades e a disponibilidade, por parte das unidades, de vagas para absorção dos usuários atendidos no matriciamento com indicação de atendimento especializado. Essas vagas podem ser disponibilizadas em sistemas de regulação, como o Sistema de Regulação e Marcação de Consultas (SisREG) ou preferencialmente pelas unidades, quando envolvem o mesmo profissional que realiza o matriciamento, como no caso do modelo desenvolvido em Florianópolis (Brasil, 2008).

- Apoio da gestão: envolve a disponibilização de meios de transporte, de comunicação e outros recursos necessários à realização das atividades compartilhadas de

matriciamento, como reserva de vagas em agendas, organização e gestão de “listas de pacientes”, assim como estimular as reuniões interdisciplinares de equipes;

- Equipe com disponibilidade para contato (telefônico, WhatsApp, telematriciamento e email) entre os dias de matriciamento agendados. A construção de uma rede integrada envolve a facilitação do contato e a utilização de tecnologia de informação. Isso se torna ainda mais necessário na situação da pandemia da doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) e em regiões mais isoladas do país, onde o acesso ao especialista, necessariamente, envolve a mediação de tecnologia de comunicação, como a região da Amazônia. Incorporar esses meios no processo de matriciamento, incluindo a construção de grupos em aplicativos de mensagens entre profissionais de diferentes unidades da RAPS significa colocar a tecnologia a favor de um melhor cuidado do usuário. O sigilo e a ética profissional devem ser preservados em quaisquer formas de abordagem;
- Matriciamento realizado por diferentes especialistas em saúde mental: embora o matriciamento possa ocorrer entre quaisquer profissionais da APS e da saúde mental, existem especificidades a depender da categoria profissional e de sua unidade de origem, onde se fará um apoio do núcleo:
- Psiquiatras: a maior efetividade do matriciamento pelo psiquiatra se realiza quando este ocorre junto ao médico de família. Sendo ambos profissionais de uma mesma área (Medicina), o matriciamento permite não apenas a ampliação do conhecimento específico de cada profissional, mas, também, que o médico da APS se torne mais resolutivo em relação à avaliação e ao tratamento em Psiquiatria;
- Psicólogos: no trabalho em matriciamento do psicólogo, são importantes não apenas as consultas conjuntas, visando capacitar os profissionais de APS em suas habilidades de comunicação e para que realizem intervenções psicossociais de baixa intensidade, como intervenções breves no cuidado do uso problemático de álcool, mas, também, o desenvolvimento de intervenções terapêuticas na APS, como grupos de apoio e atendimentos familiares com a equipe da ESF;

Terapeutas ocupacionais: podem prestar apoio no desenvolvimento de atividades terapêuticas em espaços coletivos, comunitários e nas atividades cotidianas em que o sujeito está inserido, de forma a estimular a autonomia e a intervir junto a fatores que dificultem o desempenho, a participação e as relações dos indivíduos (Rocha; Paiva; Oliveira, 2012).

- Assistentes sociais: a demanda pelo apoio de assistentes sociais na APS é muito grande e não envolve apenas o cuidado em saúde mental. Esses profissionais são

extremamente potentes na articulação das equipes da ESF com a rede de apoio social. São fundamentais na articulação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), por meio do CRAS ou do CREAS, operando práticas intersetoriais e de apropriação do território. Contribuem sobremaneira para o fortalecimento do vínculo dos usuários junto aos CAPS e à ESF, bem como na inserção dos usuários em atividades comunitárias.

- Enfermeiro: geralmente oriundo do CAPS, o matriciamento pelo enfermeiro inclui o cuidado compartilhado com profissionais da mesma área básica: a enfermagem. Seu potencial para educação permanente e aprimoramento do enfermeiro da ESF em relação a cuidados em saúde mental é bastante relevante, facilitando o compartilhamento de casos e a elaboração de proposta de cuidado em conjunto, tanto no âmbito individual quanto coletivo, no território.

Importante destacar que as demandas de matriciamento dos profissionais das equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental e dos CAPS são distintas, já que estes dedicam-se, principalmente, aos usuários mais graves e com necessidade de atendimento intensivo. Assim, o matriciamento por esses profissionais deve ter como objetivo fortalecer seu vínculo com esses usuários, contando com apoio da APS.

Por outro lado, o matriciamento realizado pelos profissionais do NASF tem como objetivo viabilizar a ampliação do cuidado em saúde mental na APS, desenvolvendo-se tecnologias leves interdisciplinares, como os grupos e outras intervenções psicossociais de baixa intensidade.

No que se refere às equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental, a integração visa não só apoiar os profissionais da APS no cuidado em saúde mental, mas, também, estruturar uma integração, que facilite a comunicação e a circulação dos usuários nesses dois níveis de cuidado, para que o atendimento ambulatorial ocorra por tempo limitado e com foco nas necessidades dos usuários. Quando necessário, o CAPS pode ser acionado.

### *5.5.2 Gestão do caso e o projeto terapêutico singular*

O projeto Terapêutico Singular, ou plano de cuidado, constitui-se em uma ferramenta estratégica para a gestão dos casos mais complexos, os quais possuem uma rede de suporte sociofamiliar frágil, poucos recursos para o autocuidado e uma condição de saúde considerada de alto risco (Mendes, 2011). Para contemplar as diferentes variáveis que esse tipo de caso aglutina, faz-se necessário uma maior mobilização dos recursos disponíveis no território, acompanhamentos sistemáticos e planejados entre os envolvidos.

A Cartilha da Política Nacional de Humanização define o PTS como:

Conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas (Brasil, 2008 p. 40).

Seu objetivo é estruturar o cuidado, direcionando o caso ao nível de atenção mais adequado, definindo intervenções terapêuticas apropriadas às necessidades apresentadas pelo usuário e apontando os profissionais responsáveis pelo seu monitoramento e revisão periódica.

Um dos principais aspectos desses novos modelos de trabalho é o acompanhamento dos usuários, à medida que eles transitam entre as unidades de saúde e os profissionais, garantindo que eles não se “percam”. Essa “costura” no itinerário terapêutico do usuário objetiva garantir a continuidade do projeto terapêutico, uma vez que a APS tem a responsabilidade sanitária da população adscrita, mas, muitas vezes, é necessário que usuários sejam acompanhados em outros níveis de maior especialização.

As ações de saúde mental e bem-estar podem e devem ser realizadas em vários formatos e lugares. Quanto mais essas ações estiverem pulverizadas nos territórios das comunidades, maiores são as possibilidades de acesso aos usuários e familiares aos equipamentos disponíveis no seu território, auxiliando ainda na redução do estigma e no combate ao preconceito que acomete essa população.

Os diferentes níveis de apoio devem ser interligados e atuar de maneira complementar, conforme as necessidades se apresentam, sempre respeitando os aspectos sociais e culturais do território, os recursos disponíveis, a promoção de direitos humanos e o protagonismo e autonomia dos usuários (Campos; Domitti, 2007). O conjunto desses esforços deve extrapolar o setor da saúde, atingindo setores referentes à assistência social, à habitação, à educação, à justiça, ao esporte, ao lazer e à cultura, dentre outros (Figura 10).

**Figura 10 – Pirâmide de intervenções em saúde mental e apoio psicossocial**



*Grupo de Referência VASC sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias (17/03/20)*

Fonte: OPAS (2020); IASC (2020).

### 5.5.3 A gestão do acompanhamento dos usuários com transtornos mentais

Por se tratar de um grupo de usuários com condições crônicas, nas quais a interrupção precoce do tratamento se associa a reagudizações, agravamento dos quadros e aumento das necessidades de internação, o acompanhamento longitudinal regular e a busca ativa, no caso de perda de seguimento, são fundamentais (Mendes, 2012). Devido à alta demanda e à sobrecarga da APS, corre-se o risco de que esse acompanhamento não seja realizado adequadamente. Assim, no âmbito da APS, é necessário considerar o usuário com transtorno mental da mesma forma que os usuários com demais condições crônicas, como hipertensão arterial e diabetes.

O Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) é a principal ferramenta disponível no SUS para acompanhar e monitorar as ações da APS, entretanto, devido às diferentes realidades do território brasileiro, destaca-se, também, a gestão de listas de usuários.

A gestão da lista pode auxiliar no monitoramento da continuidade do cuidado de forma regular, mesmo que o usuário apresente dificuldades de adesão. Para tanto, cada equipe deve ter sua lista de usuários com transtornos mental e usuários de psicotrópicos, para organização de um atendimento longitudinal regular, que pode ser, por exemplo, com a inserção de usuários em já existentes nas unidades. Uma das principais contribuições da gestão de listas é a

superação do uso inadequado de benzodiazepínicos, decorrente da prática de renovação de receitas sem acompanhamento clínico adequado.

## 5.6 Seção IV – Monitoramento e avaliação

### 5.6.1 Monitoramento por meio da lista de pacientes em acompanhamento

Trata-se de uma estratégia em que a APS e as equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental podem se utilizar de uma planilha contendo a relação dos usuários com transtorno mental em acompanhamento na unidade, para organização e monitoramento dos casos existentes em um determinado território.

Os dados especificados a seguir devem estar contemplados para que seja possível monitorar o cuidado desses usuários dentro de seu PTS, inclusive, o índice de abandono: família, nome completo, data de nascimento, idade/gênero, dia da última consulta, motivo do pedido de matriciamento, CID, PTS (intensidade do cuidado e nível/local de cuidado), tratamento psicoterápico (tipo e frequência), uso de medicamento (medicação), frequência de atendimento, profissionais responsáveis/equipe, acompanhado em outro serviço e comorbidades existentes.

### 5.6.2 Indicadores de processos, resultados e serviço na Atenção Primária

Apesar de todos os esforços, os indicadores em saúde mental utilizados no Brasil ainda são incipientes, porém, fundamentais para a avaliação da efetividade da RAPS. Desta forma, sugerem-se os seguintes indicadores exibidos nos quadros 10 a 12, que devem ser analisados conforme a necessidade de cada território.

**Quadro 10 – Indicadores de processo**

<b>Indicadores de processo</b>	<b>Definição</b>
Detecção por tipo e grupo de transtorno (TMC, álcool/drogas e TMG)	Prevalência de usuários com transtorno mental detectados na APS. (Utilizar como parâmetro de comparação a prevalência populacional de cada tipo e grupo de transtorno na literatura)
Intervenções psicossociais	Quantitativo, tipo e regularidade das intervenções disponibilizadas em 1 mês por equipe/unidade
Integração	Tipos de matriciamento realizados e regularidade dos encontros, organizados por tipos de profissionais e serviços, realizados a cada mês
Monitorização das prescrições de psicofármacos	Acompanhamento da Distribuição de psicotrópico nas farmácias da APS por meio de planilhas de usuários (gestão de lista) para análise do padrão de dispensação de psicotrópico da unidade por mês.
Taxa de encaminhamento para consulta na atenção	Mede a percentagem de encaminhamento pela APS para as unidades especialidades em saúde mental

especializada – atendimento ambulatorial e CAPS	Número de encaminhamentos, para Atenção especializada em Saúde Mental, dividido pelo total de encaminhamento realizados por mês x 100
Taxa de absenteísmo	Número de faltas às consultas agendadas de TM no ano sobre total de consultas agendadas de TM no ano x 100
Taxa de abandono	Número de usuários com TM que não retornam para acompanhamento dentro de um critério preestabelecido, por exemplo: 6 meses sem comparecer ao serviço após falta na última consulta agendada no ano, pelo total de usuários em acompanhamento na unidade no ano x 100

APS: Atenção Primária à Saúde; CAPS: Centro de Atenção Psicossocial; TMC: Transtornos Mentais Comuns; TMG: transtorno mental grave.

### Quadro 11 – Indicadores de resultado

Indicadores de resultado	Definição
Taxa de mortalidade por suicídio	Estima o risco de morte por suicídio de uma determinada população. Número de óbitos por suicídio divididos pelo total da população x 100.000 habitantes-ano.
Reintegração social e melhoria do funcionamento social	Porcentagem de usuários com transtorno mental reinseridos em atividades sociais, familiares, laborais ou educacionais
Qualificação da prescrição de medicações psicotrópicas	Perfil de uso de psicotrópicos por unidade/equipe para redução do percentual de benzodiazepínicos dispensados na totalidade de psicotrópicos prescritos no mês
Percentual de internações de usuários com TMG oriundo do território coberto pela equipe/unidade	Número de internações de usuários com TMG da população cadastrada/referência para a unidade, dividido pelo total da população com transtorno mental Grave x 100 por ano (considerando a prevalência esperada do transtorno)

TMG: transtorno mental grave.

### Quadro 12 – Indicadores de desenvolvimento de serviços

Indicadores de desenvolvimento de serviços	Definição
Recursos financeiros	Recursos alocados em saúde mental saúde
Recursos humanos	Quantidade de força de trabalho na saúde mental pelo total de horas mensais cadastrada no CNES para profissionais de nível superior Número de trabalhadores de saúde mental
Capacitação	Número e proporção de pessoal treinado em saúde mental
Colaboração em rede	Número e tipo de colaboração com outros departamentos, serviços e setores, incluindo usuários de serviços e familiares, grupos de defesa de cuidadores ou cuidadores
Disponibilidade do serviço	Número de serviços de saúde mental em diferentes níveis de prestação de serviços
Cuidados hospitalares	Número de leitos disponíveis na região Média de permanência Número de usuários reinternados ao menos uma vez no período de um ano Número de internações que durem mais de 1 ano (reflete a resolubilidade da rede)
Continuidade do serviço	Proporção de pessoas com TMG internadas em hospital no último ano, que foram acompanhadas pelas UBS e pelos CAPS no período de 1 mês após alta
Apoio social	Número de pessoas transtorno mental grave que recebem benefícios (BPC, De Volta para Casa) Número de pessoas com TMC que precisam de benefício

Fonte: Brasil (2008).

CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde; BPC: Benefício de Prestação Continuada; CAPS: Centro de Atenção Psicossocial; TMG: transtorno mental grave; UBS: Unidade Básica de Saúde.

## **5.7 Considerações finais**

A alteração da Rede de Atenção Psicossocial em 2017, com a inserção das equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental, para atendimento dos casos moderados, tem seu maior desafio no desenvolvimento de uma atenção ambulatorial integrada com a Atenção Primária à Saúde. Nesta Nota Técnica, foram descritas e analisadas algumas intervenções a serem implementadas para aprimoramento desses níveis de atenção, na perspectiva de consolidação do matriciamento e do cuidado escalonado em saúde mental no âmbito do SUS. O documento se pauta na proposta de instrumentalizar os trabalhadores da Atenção Primária à Saúde a identificar, manejar e compartilhar o cuidado em saúde mental. Intencionalmente o documento não se debruça sobre questões caras para a produção do conhecimento, como as epistemológicas, com vistas a tornar mais palatável e objetiva sua leitura e aplicabilidade.

Sabe-se que a rotina dos profissionais que não são especialistas em saúde mental, é conturbada em virtude de condições de trabalho precarizadas, fragilidade dos recursos disponíveis e pelas várias demandas com as quais tem que lidar cotidianamente. Geralmente, essas demandas são compostas por um pacote de cuidados voltados para hipertensão, diabetes, saúde da mulher e puericultura, com os quais esses profissionais já estão familiarizados e são cobrados, em termos de produtividade, diferentemente das questões de saúde mental. Por isso, acredita-se que a oferta de um documento técnico, pode ampliar o acesso a um conjunto de informações com potencial de fazer a diferença nos territórios, potencializando ações já existentes, como os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, e qualificando o cuidado a saúde da população nos rincões do País onde os Centros de Atenção Psicossocial ainda não chegaram.

## **Referências**

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde a década de 1970, vários países vêm apontando a importância da Atenção Primária à Saúde – APS para a organização dos sistemas de saúde. Esforços sucessivos têm sido empregados no sentido de potencializar a APS como ordenadora da rede, coordenadora do cuidado e o ponto de atenção com maior potencial de intervenção determinantes sociais de saúde e adoecimento.

Contemporânea à reforma sanitária, a reforma psiquiátrica brasileira investe no modelo de cuidado enredado, constituindo a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. Ao longo das décadas de estruturação da RAPS, percebe-se uma organização a partir de ações não sistêmicas, porém pontuais, mas que tiveram impacto e garantiram eficácia na atenção em saúde mental, como por exemplo, o matriciamento na saúde mental. Por mais que haja evidências claras quanto a importância do apoio matricial no empoderamento da APS em relação às questões de saúde mental, nota-se que a prática do apoio ocorre de maneira pulverizada e episódica no território nacional.

Não está em questão aqui a discussão sobre a necessidade de se respeitar a singularidade de cada território, mas sim o quanto reconhecemos o papel da APS como fundamental para ações de saúde mental e o quanto os especialistas podem auxiliar nesse manejo colaborativamente e não sob um olhar distanciado e sem implicação sobre os projetos de cuidado em saúde mental no nível primário. Digo, somos, porque durante muito tempo adotei a leitura do especialista ao interpretar a realidade da APS.

Será que os especialistas em saúde mental conhecem essa realidade de forma empática?

Será que os especialistas possuem estratégias para auxiliar a APS dentro desta realidade?

É preciso que se crie um grupo de saúde mental na APS; quando há um grupo de caminhadas para hipertensos, onde ansiosos ou deprimidos poderiam se beneficiar igualmente?

Como é possível estabelecer uma relação sinérgica na RAPS se cada um – profissionais, serviços, pontos de atenção – usa sua própria lente sobre as questões do sofrimento e do adoecimento mental?

Quais nuances precisam ser vistas nesse processo?

Como devemos ou podemos intervir? Apoiar?

Tais questionamentos nos permitem olhar para a organização da RAPS, a partir da compreensão de que são necessárias ferramentas que permitam a transposição do modelo de cuidado intensivo, adotada no nível secundário de atenção, para um modelo que priorize

intenções de menor intensidade, mais generalistas, com maior poder de alcance e adaptado às competências da APS. É possível ofertar cuidado sem a necessidade de reforçar estereótipos e criar ações segmentadas, de forma que compartilhar o cuidado com outros pontos de atenção da rede de saúde será estratégico e necessário quando as ações comunitárias, preventivas e de autocuidado já não são suficientes.

Essa tese, portanto, é também um aporte crítico a nós, especialistas, ao ressaltar a necessidade e importância de se conhecer a rede de atenção à saúde, o modo como o sistema de saúde se organiza, de nos compreendermos como parte da rede e em composição dos projetos de cuidado, qualificando e reconhecendo as competências, os limites e as potencialidades dos trabalhadores da APS.

Ao convidarmos os leitores a compreenderem os pressupostos de uma rede de atenção, destacamos a necessidade de propor estratégias de alinhamento entre os componentes da RAPS, o que não significa homogeneizar a subjetividade, mas sim destacar os limites, competências e diferenças fundamentais que estruturam cada serviço, para que essa organização em rede seja viável. Outro pressuposto que perpassou as análises e reflexões produzidas nesta tese foi o fato de que as condições crônicas vêm impactando a carga global de doenças, e mobilizando os sistemas de saúde a se repensarem, em decorrência dos anos de vidas perdidas e dos prejuízos econômicos em decorrência do afastamento das atividades por incapacidade.

As questões de saúde mental, no âmbito das condições crônicas, assumem, ano após ano, uma posição de destaque dentre as demandas emergentes dos governos e sistemas de saúde, principalmente em decorrência das severas limitações de acesso a ações e serviços. Esse contexto está veementemente presente nos estudos que propõem uma nova abordagem, ou mesmo uma reforma, junto aos serviços de saúde mental, tanto em países de alta renda como França, Holanda e Alemanha, quanto países de baixa e média renda como África do Sul, Índia e Faixa de Gaza (Palestina e Cisjordânia).

O apelo por inovação em busca de propostas organizativas que tragam melhores resultados para os sistemas de saúde, que garantam o uso racional e equitativo dos recursos e a ampliação do acesso a serviços adequados e eficientes à população, envolveu, nos estudos selecionados, prioritariamente as intervenções de baixa intensidade, através principalmente de: intervenção breve, técnicas de autoajuda, gerenciamento do estresse, psicoeducação, dentre outras disponibilizadas pelos cuidados primários. Estratégias, por vezes, pouco validadas pelos especialistas, uma vez que dispõem de saberes e práticas de maior escopo, incluindo aqueles oriundos das comunidades, recursos estes capazes de ofertar um cuidado compatível com a necessidade dos usuários nesse nível de atenção. Apesar das intervenções de baixa intensidade

não serem a estratégia priorizada na atuação dos especialistas em saúde mental, elas podem contribuir com estes, quando combinadas com estratégia de maior intensidade a depender do caso, da disponibilidade de oferta no sistema de saúde e da demanda do usuário.

Ao nos debruçarmos na realidade brasileira, não é incomum ouvir profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS verbalizarem frases que denotam a pouca habilidade dos profissionais de APS em lidar com as questões de saúde mental do seu território, como: se “a pessoa chora já manda pro CAPS”. Mas o que temos a oferecer, em termos de manejo, para que esses profissionais saibam como lidar com esse tipo de situação? Ora, se não é uma questão de cuidados severos e persistentes, e os serviços primários e comunitários não sabem como lidar, a solução mais imediata é “encaminhar” para quem sabe, mesmo não sendo a mais adequada e eficiente.

É notável a influência do modelo biomédico, apesar de pregarmos um conceito de saúde ampliado desde a década de 1970. Há de se mudar as lentes para podermos melhorar o apoio direcionado aos níveis primários e auxiliá-los no ordenamento da rede de atenção à saúde mental. Há de se fabricar outros modos de apoio, que mitiguem as queixas acerca da dificuldade em estar com, estar em rede, matriciando, ampliando o escopo da atenção e as ferramentas para o cuidado em saúde. Não se limitando, portanto, a atribuir a responsabilidade apenas a APS, “que esses profissionais não querem participar do momento”, mas compartilhar responsabilidades, saberes e práticas.

Os modelos de escalonamento do cuidado analisados demonstraram que investimentos em cuidados de baixa intensidade, como estratégias de autocuidado, de ajuda mútua, intervenções breves, técnicas de gerenciamento do estresse e até mesmo aquelas focadas em aplicativos e inteligência artificial, têm se mostrado resolutivas para ampliação do acesso, sem abrir mão da qualidade das intervenções. Reforçando a lógica de que uma rede de saúde precisa de pontos de atenção complementares, com competências diferentes, a fim de englobar as diversas necessidades de saúde da população. Assim, como o manicômio não deu conta, longe disso, o CAPS sozinho também não conta de prover um rede robusta e sinérgica.

Passados mais de 20 anos dessa primeira reforma, os CAPS enfrentam duras críticas quanto à sua eficácia e quanto à sua dependência dos hospitais psiquiátricos. Os motivos são diversos, vão desde o interesse genuíno na melhoria dos serviços ofertados à população, até os interesses corporativistas de determinados segmentos da sociedade. É imperativo pensar em outras possibilidades se quisermos seguir avançando nos cuidados comunitários de base territorial, caso contrário, a lacuna assistencial permanecerá crescendo e na hora da crise, quem

salva a pátria é o modelo biomédico, e reforça estigmas quanto a melhor forma de cuidar dessas pessoas.

Ao longo desses anos de reforma psiquiátrica brasileira os investimentos na APS não acompanharam aqueles realizados nos CAPS. Daí a importância de investigar a organização dos sistemas em redes de atenção à saúde, de explicitar o papel fundamental que a APS desempenha nesse tipo de arranjo, para melhor entender as oportunidades de melhoria na RAPS. Diante da ausência de estudo nacionais, a apropriação das experiências desenvolvidas em outros países foi fundamental, pensar numa estratégia que auxilia essa organização no campo da rede de atenção à saúde mental brasileira.

Essa tese buscou demonstrar a contribuição dos cuidados escalonados na organização do sistema de saúde, particularmente nos cuidados em saúde mental. Os modelos pesquisados apresentaram grande aproximação com estratégias já amplamente adotadas no Brasil, como: a centralidade dos cuidados primários no ordenamento da rede, os cuidados colaborativos, ou apoio matricial, na integração entre os diferentes níveis de atenção, o trabalho em equipe multiprofissional, a necessidade de reduzir internações e a urgência em potencializar os cuidados comunitários. O que difere nos estudos selecionados é o “como” fazer, de tal forma que todos os modelos analisados adotaram alguma estratégia que instrumentalizasse a APS a identificar, manejar e compartilhar o cuidado. A variação na quantidade de etapas que cada modelo apresenta encontrou justificativa na necessidade dos sistemas locais e de sua população, indicando que não é um formato prescritivo com etapas predefinidas.

Dentre as principais estratégias que compõem o modelo, destacou-se o investimento em intervenções breves, que não necessariamente seriam intervenções psicológicas, porém também pode-se perceber, especialmente no Reino Unido e na França, uma preocupação em ampliar o acesso a intervenções psicológicas, em vários formatos, como uma estratégia de evitar agravamento dos quadros, ou mesmo o uso de psicotrópicos.

O modelo de cuidados escalonados incorporou o uso de tecnologias da informação e saúde digital, que também foi amplamente explorado nos artigos analisados, inclusive com o desenvolvimento de ferramentas, nos Estados Unidos, como estratégia de cuidados que dialoga com os cuidados comunitários e facilitam o acesso a cuidados em saúde mental, apesar de ser um sistema de saúde bem diferente do brasileiro.

Essas estratégias ancoradas em recursos tecnológicos são importantes componentes para a eficiente organização das redes de atenção à saúde, segundo as normativas brasileiras. Entretanto, possuímos expressiva fragilidade nos sistemas de informação do SUS, na implantação de prontuários eletrônicos (geralmente quando se consegue implementar o sistema,

ele não integra com outros pontos da rede) e em especial na APS, que possui poucos registros qualificados sobre os casos de adoecimento mental do seu território. Dados que são essenciais para conhecer as demandas dos territórios e viabilizar um planejamento adequado para organização da rede e qualificação do cuidado.

Outro achado sensível para a realidade brasileira, ao ser comparada com os estudos, foi a adoção de diretrizes clínicas, baseadas em evidências, que possibilitam a correta identificação e manejo, a partir dos níveis de cuidados primários. Alguns estudos, realizados em países de alta renda, focaram nos Transtorno Mentais Comuns e utilizaram instrumentos específicos para detecção de depressão, ansiedade, transtornos somatoformes e decorrentes do abuso de álcool, conforme o objetivo de cada estudo. Já os países de baixa e média renda não focaram em condições de saúde mental, e utilizaram o Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde, MI-gap, da Organização Mundial da Saúde – OMS.

A questão do manejo das condições severas e persistentes de saúde mental está relativamente bem definida em relação aos especialistas em saúde mental. Eles sabem quando agir, como agir e onde buscar atualizações e informações quando necessário, por isso não foi explorado neste estudo. A realidade dos cuidados primários é diferente, pois, além dos profissionais em geral não possuem uma formação específica para atuar neste nível de atenção, muitos também não tiveram qualificação para trabalhar com saúde mental na própria graduação. Portanto, também é preciso colocar em evidência, que os cuidados primários são referência para várias necessidades de saúde, não apenas para saúde mental.

As vantagens do manual de intervenções (MI-gap), para além de ser baseado em evidências científicas e estruturado para países com realidade parecida com a brasileira, consiste nas interseções guardadas com o nosso modelo de matriciamento e com a proposta dos cuidados escalonados, como: apesar de ser estruturado em grandes blocos que contemplam as condições mais prevalentes, não foca apenas no diagnóstico, apresenta um fluxograma de quando compartilhar cuidado em cada sessão destinada à uma condição de saúde mental, propõe várias intervenções não farmacológicas, além de induzir a capacitação sistemática dos profissionais não especialistas.

O trabalho conjunto com as referências em saúde em saúde mental, denominado no manual de supervisão, ajuda no desenvolvimento de habilidades para manejo e detecção dos casos, facilita o compartilhamento do cuidado e a discussão dos casos mais complexos, sem necessariamente realizar o encaminhamento para outros serviços e níveis de atenção.

Por fim, pode-se sustentar que o modelo dos cuidados escalonados tira o foco do especialista e se estrutura em diversas frentes, de forma a potencializar as intervenções comunitárias, não farmacológicas, a integração com outros pontos de atenção a partir dos cuidados primários de baixa intensidade e mediante adoção de uma diretriz baseada em evidências. A utilização destas diretrizes apresenta-se como uma ferramenta que potencializa a comunicação entre os pontos da rede, contribui para alinhar critérios de compartilhamento do cuidado na comunicação entre os diferentes serviços e na definição de fluxos de cuidado.

Para organizar uma rede de cuidados dentro do que preconiza o Sistema Único de Saúde, faz-se necessário, mais do que disponibilizar princípios organizativos e normativas, instrumentalizar a APS. No entanto, há que se validar a proposta em territórios brasileiros, para que possamos mensurar o impacto que a estratégia irá produzir na conjuntura do sistema de saúde nacional, bem como realizar as adequações que se fizerem necessárias. Os interesses políticos, do mercado da saúde e a disponibilidade de recursos para implementar o modelo, são fatores sensíveis que podem interferir significativamente na implantação da proposta e merecem destaque. O uso da tecnologia na disponibilização de cuidados em saúde mental e o papel das intervenções psicológicas na composição do modelo de cuidados escalonados (especialmente quando associada a tecnologia) requerem maior aprofundamento, porém, não foram objetivo deste estudo.

## REFERÊNCIAS

- ADAMS, J. O. H. N. et al. Predicting the financial risks of seriously ill patients. **CHCF: Oakland, CA, USA**, 2011. Disponível em: < <https://www.chcf.org/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PredictiveModelingRiskStratification.pdf>>. Acesso em: 7 jan. 2024.
- AGAMBEN, G. **Profanações**. São Paulo: Boitempo, 2007.
- AMÂNCIO, T. Morador de rua é alvo de jato d'água em limpeza da prefeitura. **Jornal Folha de São Paulo** [online], 14 mar. 2018. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/03/morador-de-rua-e-alvo-de-jato-dagua-em-limpeza-da-prefeitura-na-cracolandia.shtml>. Acesso em: 25 jul. 2020.
- ANDRADE, E. I. G. Estado e Previdência no Brasil: uma breve história. *In*: ANDRADE, E. I. G. **A previdência social no Brasil**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2003.
- ANDRÉ, S. C. S.; TAKAYANAGUI, A. M. M. Atenção primária à saúde como instrumento para o alcance dos objetivos de desenvolvimento do milênio. **Rev. APS**, v. 20, n. 1, p. 130-139, 2017.
- ANTUNES, D. C.; MELLO, R. P. **Políticas de vulnerabilização social e seus efeitos**: estudos do programa de pós-graduação em psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza: Imprensa Universitária, 2020. p. 54-69.
- ARROLL, B. *et al.* Antidepressants for treatment of depression in primary care: a systematic review and meta-analysis. **J Prim Health Care**, v. 8, n. 4, p. 325-34, 2016.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Diretrizes para um Modelo de Atenção integral em Saúde Mental para o Brasil. Disponível em <https://www.abp.org.br/diretrizes>. Acesso em: 10 ago. 2022.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. Nota pública contra a nomeação de Valencius Wurch Duarte Filho para a CGMAD/MS. **ABRASCO**, 14 dez. 2015. Disponível em: < <https://abrasco.org.br/nota-publica-cgmadms/>>. Acesso em: 16 mai. 2021.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL. O cuidado em saúde mental e a contra-reforma psiquiátrica: posicionamento crítico da Abrasme. **ASME**, 18 maio 2019. 2019. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/sistemas-de-saude/abrasco-e-abrasme-marcam-presenca-no-debate-sobre-mudancas-na-politica-de-saude-mental/39484/>>. Acesso em: 10 jun. 2021.
- AUSTRALIAN GOVERNMENT DEPARTMENT OF HEALTH. **National PHN Guidance. Initial Assessment and Referral for Mental Healthcare**. Version 1.02. Sidney: Australian Government, 2020. Disponível em: <https://www.health.gov.au/resources/publications/primary-health-networks-phn-mental-health-care-guidance-initial-assessment-and-referral-for-mental-health-care>. Acesso em: 30 jan. 2022.

AUSTRALIAN GOVERNMENT DEPARTMENT OF HEALTH. **PHN Primary mental health care flexible funding pool implementation guidance**. Sidney: Australian Government, [s. d.]. Disponível em: [https://www.checkup.org.au/icms\\_docs/297800\\_PHN\\_Guidance\\_-\\_Stepped\\_Care.pdf](https://www.checkup.org.au/icms_docs/297800_PHN_Guidance_-_Stepped_Care.pdf). Acesso em: 30 jan. 2022.

AZEVEDO, M. M. Política e Religião: Dallagnol em campanha junto à comunidade evangélica. In: MILEK, C. *et al.* (Org.). **Relações indecentes**. 1 ed. São Paulo: Tirant Lo Blanch, 2020.

BAPTISTA, T. W. F. História das políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. M. (Orgs.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BARATA, L. R. B.; TANAKA, O. Y.; MENDES, J. D. V. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 13, n. 1, p. 15-24, 2004.

BEHRING, E. R. Fundamentos da Política social. In: Mota, A. E. *et al.* (Orgs.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

BENJAMIN, W. Investing in psychological therapies – the UK model. In: World Federation for Mental Health (WFMH). **World mental health day 2020**. 2020. Disponível em: [https://wfmh.global/img/what-we-do/past-events/2020-wmhd/WMHD2020\\_v16\\_resized.pdf](https://wfmh.global/img/what-we-do/past-events/2020-wmhd/WMHD2020_v16_resized.pdf). Acesso em: 30 jan. 2022.

BERELSON, Bernard. **Content analysis in communication research**. New York: Ed. Hafner; 1984.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 1996.

BOCK, A. M. A Psicologia a caminho do novo século: identidade profissional e compromisso social. **Estudos de Psicologia**, v. 4, n. 2, p. 315-29, 1999.

BOLSONARO diz em vídeo que não abre mão dos privilégios que políticos recebem. **Esquerda Diário** [online], 22 julho 2018. Disponível em: <https://www.esquerdadiario.com.br/Bolsonaro-diz-em-video-que-nao-abre-mao-dos-privilegios-que-politicos-recebem>. Acesso em: 28 jan. 2022.

BOLSONARO: "prefiro filho morto em acidente a um homossexual". **Terra** [online], 8 junho 2011. Disponível em: <https://www.terra.com.br/noticias/brasil/bolsonaro-prefiro-filho-morto-em-acidente-a-um-homossexual,cf89cc00a90ea310VgnCLD200000bbcceeb0aRCRD.html>. Acesso em: 28 jan. 2022.

BORLINI, L. M. Há pedras no meio do caminho do SUS – os impactos do neoliberalismo na saúde do Brasil. **Textos & Contextos**, v. 9, n. 2, pp. 321-33, 2010.

BOSCHETTI, I. **Seguridade social e trabalho: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil**. Brasília: Editora UnB, 2006.

BRASIL. **12ª Conferência Nacional de Saúde – Conferência Sergio Arouca: manual.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_da\\_12\\_CNS.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_da_12_CNS.pdf). Acesso em: 27 dez. 2020.

BRASIL. **Acolhimento a demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_demanda\\_espontanea\\_queixas\\_comuns\\_cab28v2.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns_cab28v2.pdf). Acesso em: 30 jan. 2022.

BRASIL. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Dados da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde, Ano 2022, setembro de 2022.** Brasília, 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/dados-da-rede-de-atencao-psicossocial-raps.pdf/>>. Acesso em: 15 out. 2024.

BRASIL. **Declaração de Alma-Ata, 12 de setembro de 1978.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_alma\\_ata.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf). Acesso em: 28 jan. 2022.

BRASIL. **Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2011.

BRASIL. **Decreto n.º 9.926, de 19 de julho de 2019.** Dispõe sobre o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. **Decreto n.º 7.508, de 18 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2001. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm)>. Acesso em: 7 jan. 2024.

BRASIL. **Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica\\_diretrizes\\_nasf.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf). Acesso em: 30 jan. 2022.

BRASIL. **Discurso em Plenário**, sessão: 7.2020.B, Câmara dos Deputados, junho de 2020. Brasília: Câmara dos Deputados, 2020. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/internet/SitaqWeb/TextoHTML.asp?etapa=5&nuSessao=7.2020.B>

&nuQuarto=306145&nuOrador=3&nuInsercao=3&dtHorarioQuarto=13:52&sgFaseSessao=B  
C&Data=09/07/2020. Acesso em: 2 out. 2020.

**BRASIL. Estimativas da população.** Brasília: IBGE, 2020. Disponível em: <https://fnp.org.br/internacional/projetos-internacionais/item/150-cidades-ate-10-mil-habitantes>. Acesso em: 30 jan. 2022.

**BRASIL. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao\\_redes\\_atencao\\_saude\\_sas.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf). Acesso em: 28 jun. 2021.

**BRASIL. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

**BRASIL. Lei Federal nº 9.637, de 15 de maio de 1998.** Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1998.

**BRASIL. Lei nº 10.2016, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). Acesso em: 03 abr. 2022.

**BRASIL. Lei nº 13.146 de 6 de julho de 2015.** Institui o estatuto da pessoa com deficiência para assegurar e promover condições de igualdade, exercício dos direitos e das liberdades fundamentais. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm). Acesso em: 13 set. 2022.

**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. Brasília, 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 7 jan. 2024.

**BRASIL. Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990.

**BRASIL. Linhas de Cuidado Secretaria de Atenção Primária.** Brasília [S.d.]. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/todas-linhas&sa=D&source=docs&ust=1667313820139393&usg=AOvVaw1Dn7iqMPAfr7yDgqtDhAMg>. Acesso em 03 set. 2021

**BRASIL. Manual de estrutura física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento:** orientações para elaboração de Projetos de Construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/manual\\_ambientes\\_caps\\_ua.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/manual_ambientes_caps_ua.pdf). Acesso em: 30 jan. 2022.

BRASIL. **Ministério da Saúde Notícias**. 08 ago. 2020. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/noticia/10539>>. Acesso em: 06 nov. 2021.

BRASIL. **Nota Técnica nº 11/2019, de 4 de fevereiro de 2019**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <<https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2020.

BRASIL. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**: Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_equipe\\_referencia\\_2ed\\_2008.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_referencia_2ed_2008.pdf)>. Acesso em: 30 jan. 2022.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, da organização e o funcionamento do SUS. Brasília, 2017d. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html)>. Acesso em: 13 set. 2022.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017e. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html)>. Acesso em: 13 set. 2022.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html)>. Acesso em: 13 set. 2022.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília: 2017f. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html)>. Acesso em: 13 set. 2022.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde (Da Promoção, proteção e recuperação da saúde). Brasília, 2017g. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html)>. Acesso em: 13 set. 2022.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017c. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html)>. Acesso em: 13 set. 2022.

BRASIL. **Portaria GM/MS n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes

do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União; 2011.

BRASIL. **Portaria GM/MS 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. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)>. Acesso em: 7 jan. 2024.

BRASIL. **Portaria GM/MS 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.

BRASIL. **Portaria n.º 2.203, de 5 de novembro de 1996.** Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. **Portaria n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. **Portaria n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. **Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União, 2010.

BRASIL. **Portaria n.º 545, de 20 de maio de 1993.** Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

BRASIL. **Portaria n.º 95, de 26 jan. 2001.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

BRASIL. **Portaria nº 154 jan. 2008.** Cria os Núcleos de Apoio à Família - NASF. Brasília, 2008. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html)>. Acesso em: 07 ago. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 2.434, de 15 de agosto de 2018.** Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para reajustar o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt2434\\_20\\_08\\_2018.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt2434_20_08_2018.html)>. Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. **Portaria nº 234, de 07 de fevereiro de 1992.** Edita a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1992, NOB – SUS/92. Brasília: INAPMS, 1992.

BRASIL. **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. Brasília, 2011. Disponível em: <

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em: 7 jan. 2024.

**BRASIL. 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. Brasília, 2017b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html)>. Acesso em 13 set. 2022.

**BRASIL. Portaria nº 3.659, de 14 de novembro de 2018.** Suspende o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS. Brasília, 2018. Disponível em; [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt3659\\_16\\_11\\_2018.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt3659_16_11_2018.html). Acesso em: 25 abr. 2022.

**BRASIL. Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017.** Altera a portaria de consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017h. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992\\_28\\_12\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html)>. Acesso em: 13 set. 2022.

**BRASIL. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.** Brasília: Diário Oficial da União, 2002. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html). Acesso em: 30 jan. 2022.

**BRASIL. 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. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria4279\\_docredes.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria4279_docredes.pdf). Acesso em: 28 jun. 2021.

**BRASIL. Portaria nº 52, de 20 jan. 2004.** Institui o Programa Anual de reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS. Brasília, 2004. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052\\_20\\_01\\_2004.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052_20_01_2004.html)>. Acesso em: 7 jan. 2024.

**BRASIL. Portaria nº 544, de 7 de maio de 2018.** Define diretrizes para o cadastro do novo porte de Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas do Tipo IV (CAPS AD IV) Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e dá outras providências. Brasília, 2018. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2018/prt0544\\_20\\_06\\_2018.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2018/prt0544_20_06_2018.html)>. Acesso em 13 set. 2022.

**BRASIL. Portaria nº 596, de 22 de março de 2022.** Revoga a Seção XII do Capítulo III do Título VIII, art. 1049 até art. 1062, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro

de 2017, e a Seção II do Capítulo III, art. 64 até art. 74, e os anexos XXXVI, XXXVII, XXXVIII, XXXIX, XL, XLI e XLII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017. Brasília, 2022. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-596-de-22-de-marco-de-2022-387974558>>. Acesso em: 13 set. 2022.

BRASIL. **Portaria SAS/MS n.º 854, de 22 de agosto de 2012.** Brasília: Diário Oficial da União, 2012. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854\\_22\\_08\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854_22_08_2012.html). Acesso em: 30 jan. 2022.

BRASIL. **Rastreamento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Primária, n. 29) Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_primaria\\_29\\_rastreamento.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf)>. Acesso em 15 nov. 2021

BRASIL. **Recomendação n. 4, de 6 de dezembro de 2018.** Suspensão dos efeitos da Portaria 3.659, de 14 de novembro de 2018 e da Portaria 3.718, de 22 de novembro de 2018. Brasília, 2018. Disponível em: <https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/recomendacao-pfdc-mpf-4-2018.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2020.

BRASIL. **Recomendação nº 001, Brasília, 31 jan. 2018.** Recomenda ao Ministério da Saúde a revogação da Portaria nº 3588, de 21 de dezembro de 2017 e a publicação de portaria em substituição, que esteja de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, de modo a reverter os retrocessos acima apontados. Brasília, 2018. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2018/Reco001.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2020.

BRASIL. **Recomendação nº 023, Brasília, 17 de maio de 2019.** Recomenda ao Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP) a suspensão dos efeitos da Resolução CONAD nº 1, de 9 de março de 2018. E recomenda ao Ministério Público Federal (MPF) que atue no sentido de propor a suspensão da execução de todas as normativas incompatíveis com a estabelecida na Política Nacional de Saúde Mental. Brasília, 2019. Disponível em: <<https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/recomendacoes/2019/recomendacao-no-023.pdf/@@download/file>>. Acesso em: 4 mar. 2021.

BRASIL. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf). Acesso em: 30 jan. 2022.

BRASIL. **Regionalização solidária e cooperativa:** orientações para implementação no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. **Resolução n.º 23, de 17 de agosto de 2017.** Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília: Diário Oficial da União, 2017b.

BRASIL. **Resolução n.º 258, de 07 jan. 1991.** Aprova a Norma Operacional Básica/SUS n.º 01/91, constante do Anexo I da presente Resolução, que trata da nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS para 1991. Brasília: INAPMS, 1991.

BRASIL. **Resolução n.º 37, de 22 de março de 2018.** Brasília: Diário Oficial da União, 2018.

BRASIL. **Resolução n.º 32, de 14 de dezembro de 2017.** Resolução n.º 32, de 14 de dezembro de 2017. Brasília, 2017i. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/05/Resolucao-CIT-n-32.pdf>>. Acesso em: 4 ago. 2020.

BRASIL. **Saúde Mental em Dados – 12, Ano 10, n.º 12, outubro de 2015.** Brasília, 2015. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/1EQLh9aeG2AQBbmda99-wujdHjwxAh30d/view>>. Acesso em: 15 ago. 2021.

BRASIL. **Saúde mental.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Primária, n. 34) Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_34\\_saude\\_mental.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf)>. Acesso em 03 set. 2021

BRASIL. **Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília: CONASS; 2007.

BRASIL. **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona [online].** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sistema-unico-de-saude-sus-estrutura-principios-e-como-funciona>. Acesso em: 30 jan. 2022.

BRASIL. **O Sistema Único de Saúde e a qualificação do acesso.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2009.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. Política de saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. *In*: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. (Orgs.). **Política social e democracia.** 2 ed. São Paulo: Cortez, 2002.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, v. 10, n. 1, pp. 09-23, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19139>. Acesso em: 19 jul. 2020

CALADO, Sílvia dos Santos; FERREIRA, Sílvia Cristina dos Reis. **Análise de documentos: método de recolha e análise de dados.** Lisboa, 2004. Disponível em: <<http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/ichagas/mi1/analisedocumentos.pdf>>. Acesso em: 06 ago. 2022.

CALOYERAS, John P. et al. Managing Manifest Diseases, But Not Health Risks, Saved PepsiCo Money Over Seven Years. **Health Aff.** Millwood, v. 33, n. 1, p. 124–31, , 2014. Disponível em: <<https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2013.0625>>. Acesso em: 7 jan. 2024.

CAMPOS, G. W. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 393-404, 1999.

Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1413-81231999000200013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81231999000200013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 30 jan. 2022.

CAMPOS, G. W.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CASTORIADIS, C. **A ascensão da insignificância**: as encruzilhadas do IV. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

CEDRAZ, A.; DIMENSTEIN, M. Oficinas terapêuticas no cenário da reforma psiquiátrica: Modalidades desinstitucionalizantes ou não? **Rev Mal-Estar Subj**, v. 5, n. 2, p. 300-27, 2005. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482005000200006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482005000200006). Acesso em: 30 jan. 2022.

CHAGAS, Elisa. Senadores criticam possível revogação de portarias sobre saúde mental. **Agência Senado**, 9 dez. 2020. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/12/09/senadores-criticam-possivel-revogacao-de-portarias-sobre-saude-mental>>. Acesso em: 06 nov. 2021.

CHEN, Shanquan; CARDINAL, Rudolf N. Accessibility and efficiency of mental health services, United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 99, n. 9, p. 674, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8381091/>>. Acesso em: 07 jan. 2024.

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

CHIORO, A. *et al.* COVID-19 em uma Região Metropolitana: vulnerabilidade social e políticas públicas em contextos de desigualdades. **Saúde em debate**, v. 44, p. 219-231, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/pps-1270>. Acesso em: 11 jan. 2021.

COLLUCCI, Claudia. Governo Bolsonaro quer revogar portarias que sustentam política de saúde mental. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 7 dez. 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibriosaude/2020/12/governo-bolsonaro-quer-revogar-portarias-que-sustentam-politica-de-saude-mental.shtml>>. Acesso em: 09 nov. 2022.

CONFIRA a entrevista dada por Bolsonaro em 2014, citada pelo candidato no Jornal Nacional. **GZH** [online], 29 agosto 2018. Disponível em: <https://gauchazh.clicrbs.com.br/politica/eleicoes/noticia/2018/08/confira-a-entrevista-dada-por-bolsonaro-em-2014-citada-pelo-candidato-no-jornal-nacional-cjkfdf5op00ns01muzcwifyo8.html>. Acesso em: 28 jan. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos(os) no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial**. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2013. Disponível em: [http://crepop.pol.org.br/wp-content/uploads/2015/09/CREPOP\\_2013\\_CAPS.pdf](http://crepop.pol.org.br/wp-content/uploads/2015/09/CREPOP_2013_CAPS.pdf). Acesso em: 23 set. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Polícia Federal retira militantes de ocupação contra Valencius. **CFP**, 15 abr. 2016. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/policia-federal-retira-militantes-de-ocupacao-contra-valencius/>. Acesso em: 4 mar. 2021.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Caso Ximenes Lopes vs. Brasil**. Sentença de 4 de julho de 2006 (Mérito, Reparações e Custas). [S.l.], 2006. Disponível em: [https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_149\\_por.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf). Acesso em 11 mai 2022

COSTA, J. F. Narcisismo em tempos sombrios. In: BIRMAN, J. (Coord.). **Percursos na história da psicanálise**. Rio de Janeiro: Taurus, 1988.

CROSS, Shane PM; HICKIE, Ian. Transdiagnostic stepped care in mental health. **Public Health Res Pract**, v. 27, n. 2, p. 2721712, 2017. Disponível em: < <https://www.phrp.com.au/wp-content/uploads/2017/04/Stepped.pdf> >. Acesso em: 7 jan. 2024.

CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira; GONÇALVES, Renata Weber; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, educação e saúde**, v. 18, p. e00285117, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>. Acesso em: 06 ago. 2022.

DAMACENO, A. N. *et al.* Redes de atenção à saúde: uma estratégia para integração dos sistemas de saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 10, p. e14, 2020.

DEFENSOR da Ditadura, Jair Bolsonaro reforça frase polêmica: “o erro foi torturar e não matar”. **Rádio Jovem Pan** [online], 08 julho 2016. Disponível em: <https://jovempan.com.br/programas/panico/defensor-da-ditadura-jair-bolsonaro-reforca-frase-polemica-o-erro-foi-torturar-e-nao-matar.html>. Acesso em: 28 jan. 2022.

DUNCAN, B. B. *et al.* **Medicina ambulatorial - condutas de atenção primária baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

ESCOREL, S. As relações instituídas consolidadas: balanço e perspectivas do controle social. In: FALEIROS, V. de P. *et al.* (Orgs.). **A construção do SUS – histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/construcao\\_do\\_SUS\\_2006.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/construcao_do_SUS_2006.pdf). Acesso em: 28 jan. 2022.

ESTRELA, F. M. *et al.* Pandemia da Covid 19: refletindo as vulnerabilidades à luz do gênero, raça e classe. **Ciência & saúde coletiva**, v. 25, n. 9, pp. 3431-6, 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232020000903431&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232020000903431&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 10 jan. 2021.

FELTRIN, A. F. S. *et al.* O papel das redes de atenção à saúde no sus sob a ótica dos gestores de uma região de saúde. **CuidArte, Enferm**, v. 14, n. 1, p. 35-40, 2020.

FERNANDES, Amanda Dourado Souza Akahosi; MATSUKURA, Thelma Simões; LOURENÇO, Mariana Santos De Giorgio. Mental health care practices in Primary Health Care: identifying researches in the brazilian context. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 26, n. 04, p. 904-914, 2018. Disponível em: <

<https://www.scielo.br/j/cadbto/a/MTbV9DVkbFzfJNQFXTtR4Xq/?lang=en> >. Acesso em: 7 jan. 2024.

FIGUEIRÓ, R. A.; DIMENSTEIN, M. O cotidiano de usuários de CAPS: empoderamento ou captura? **Fractal, Rev. Psicol**, v. 22, n. 2, p. 431-46, 2010.

FINGER, D. *et al.* Redes De Atenção À Saúde: a Percepção Dos Gestores Municipais. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 10, n. 1, p. 1-13, 2021.

FIORI, J. L. **60 lições dos 90**: uma década de neoliberalismo. Rio de Janeiro: Record, 2001.

FLEURY, S. Saúde e democracia. *In*: FLEURY, S. **A luta do Cebes**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FORTES, S.; VILLANO, L. A. B.; LOPES, C. S. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petropolis, Rio de Janeiro. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 30, p. 32-37, 2008.

FOUCAULT, M. **Nascimento da biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. *In*: MACHADO, R. (Org.). **Microfísica do poder**. São Paulo: Graal, 1984.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 1987.

FOUCAULT, Michel. **Subjetividade e verdade: curso no Collège de France (1980-1981)**. Tradução Rosemary Costhek Abílio. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2016.

FRASES de Bolsonaro, o candidato que despreza as minorias. **IstoÉ** [online], 25 setembro 2018. Disponível em: <https://istoe.com.br/frases-de-bolsonaro-o-candidato-que-despreza-as-minorias/>. Acesso em: 28 jan. 2022.

FUNK, M. *et al.* **Mental health and development**: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. Geneva: World Health Organization, 2010.

GALLO, S. Biopolítica e subjetividade: resistência? **Educar em Revista**, v. 00, n. 66, pp. 77-94, 2017.

GALVÃO, Taís Freire; TIGUMAN, Gustavo Magno Baldin; SARKIS-ONOFRE, Rafael. A declaração PRISMA 2020 em português: recomendações atualizadas para o relato de revisões sistemáticas. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 31, p. e2022364, 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/ress/2022.v31n2/e2022364/>>. Acesso em: 7 jan. 2024.

GANDRÉ, Coralie *et al.* Experimenting locally with a stepped-care approach for the treatment of mild to moderate mental disorders in France: Challenges and opportunities. **Health Policy**, v. 123, n. 11, p. 1021-1027, 2019. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851019301903>>. Acesso em: 07 jan. 2024.

GARCIA, G.; GOMES, P. H.; VIANA, H. Entrevista concedida em frente ao Palácio da Alvorada em 28 de abril de 2020. **G1**, 28 de abril de 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/04/28/e-dai-lamento-quer-que-eu-faca-o-que-diz-bolsonaro-sobre-mortes-por-coronavirus-no-brasil.ghtml>. Acesso em: 25 out 2021.

GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, pp. s21–s23, 2008.

GRANER, Karen Mendes; CERQUEIRA, Ana Teresa de Abreu Ramos. Revisão integrativa: sofrimento psíquico em estudantes universitários e fatores associados. **Ciência & saúde coletiva**, v. 24, p. 1327-1346, 2019. Disponível em: < <https://www.scielo.org/article/csc/2019.v24n4/1327-1346/pt/> >. Acesso em: 7 jan. 2024.

GRENYER, Brin F. S. et al. Treatment of personality disorder using a whole of service stepped care approach: A cluster randomized controlled trial. **PloS one**, v. 13, n. 11, p. e0206472, 2018. Disponível em: < <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0206472> >. Acesso em: 07 jan. 2024.

GUIMARÃES, Thaís de Andrade Alves; DOS SANTOS ROSA, Lucia Cristina. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O social em questão**, v. 21, n. 44, p. 111-138, 2019. Disponível em: <[http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/osq\\_44\\_art5.pdf](http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/osq_44_art5.pdf)>. Acesso em: 07 nov. 2022.

HABERMAS, J. **Teoria do agir comunicativo 2**: sobre a crítica da razão funcionalista. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2012.

HEDDAEUS, Daniela et al. Study protocol for the COMET study: a cluster-randomised, prospective, parallel-group, superiority trial to compare the effectiveness of a collaborative and stepped care model versus treatment as usual in patients with mental disorders in primary care. **BMJ open**, v. 9, n. 11, p. e032408, 2019. Disponível em: <<https://bmjopen.bmj.com/content/9/11/e032408.abstract>>. Acesso em: 7 jan. 2024.

HENDERSON, Joanna L. et al. Integrated collaborative care teams to enhance service delivery to youth with mental health and substance use challenges: protocol for a pragmatic randomised controlled trial. **BMJ open**, v. 7, n. 2, p. e014080, 2017. Disponível em: < <https://bmjopen.bmj.com/content/7/2/e014080.abstract> >. Acesso em: 7 jan. 2024.

HOCHMAN, G. **A Era do Saneamento**: as bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo: Hucitec/Anpocs, 1998.

HONE, T.; MACINKO, J.; MILLETT, C. Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? **The Lancet**, v. 392, n. 10156, p. 1461–72, 2018.

HUXLEY, Elizabeth et al. Evaluation of a brief intervention within a stepped care whole of service model for personality disorder. **BMC psychiatry**, v. 19, p. 1-12, 2019. Disponível em: < <https://link.springer.com/article/10.1186/s12888-019-2308-z> >. Acesso em: 7 jan. 2024.

INTER-AGENCY STANDING COMMITTEE – IASC. **Diretrizes do IASC sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias**. Genebra: IASC, 2007.

INTER-AGENCY STANDING COMMITTEE – IASC. **Guia preliminar**: Como lidar com os aspectos psicossociais e de saúde mental referentes ao surto de Covid-19. Versão 1.5 Tradução: Márcio Gagliato. Genebra: IASC, 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documents/interim-briefing-note-addressing-mental-health-and-psychosocial-aspects-covid-19-outbreak>. Acesso em: 30 jan. 2022.

JAVAKHISHVILI, Jana D. et al. Dealing with the COVID-19 pandemic in Europe: five lessons from the European Society for Traumatic Stress Studies. **European journal of psychotraumatology**, v. 13, n. 1, p. 2046330, 2022. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/20008198.2022.2046330> >. Acesso em: 07 jan. 2024.

KATES, N. Mental Health and Primary Care: Contributing to Mental Health System Transformation in Canada. **Can J of Community Mental Health**, v. 36, n. 4, 2018. Disponível em: <https://www.cjcmh.com/doi/abs/10.7870/cjcmh-2017-033>. Acesso em: 30 jan. 2022.

KUKRETI, Prerna et al. Stepped care model for developing pathways of screening, referral, and brief intervention for depression in pregnancy: A mixed-method study from development phase. **Indian journal of social psychiatry**, v. 38, n. 1, p. 12-20, 2022. Disponível em: <[https://journals.lww.com/ijsp/fulltext/2022/38010/stepped\\_care\\_model\\_for\\_developing\\_pathways\\_of.4.aspx](https://journals.lww.com/ijsp/fulltext/2022/38010/stepped_care_model_for_developing_pathways_of.4.aspx) >. Acesso em: 7 jan. 2024.

LANDIM, E. L. A. S.; GUIMARÃES, M. C. L.; PEREIRA, A. P. C. M. Rede de Atenção à Saúde: integração sistêmica sob a perspectiva da macrogestão. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe5, p. 161–173, 2019.

LEE, Yong Yi et al. Exploring the cost-effectiveness of a Dutch collaborative stepped care intervention for the treatment of depression and/or anxiety when adapted to the Australian context: a model-based cost-utility analysis. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, v. 30, p. e58, 2021. Disponível em: <<https://www.cambridge.org/core/journals/epidemiology-and-psychiatric-sciences/article/exploring-the-costeffectiveness-of-a-dutch-collaborative-stepped-care-intervention-for-the-treatment-of-depression-andor-anxiety-when-adapted-to-the-australian-context-a-modelbased-costutility-analysis/F47104D9B54F8DF9813390E557A85267> >. Acesso em: 7 jan. 2024.

LEITE, M. S. P. Políticas sociais e cidadania. **Physis**, v. 1, n. 1, pp. 117-131, 1991.

LEMES, Conceição. Saúde mental: Em manifesto, psiquiatras repudiam propostas da Associação Brasileira de Psiquiatria; íntegra. **Vi o Mundo**, 10 dez. 2020. Disponível em: <<https://www.viomundo.com.br/blogdasaude/saude-mental-psiquiatras-defendem-redes-de-atencao-psicossocial-no-sus-e-repudiam-propostas-da-associacao-brasileira-de-psiquiatria-integra.html>>. Acesso em 13 set 2022

LEMINSKI, Paulo. **Toda poesia**. Editora Companhia das Letras, 2013.

LIMA, A. F. **Metamorfose, anamorfose e reconhecimento perverso**: a identidade na perspectiva da Psicologia Social Crítica. São Paulo: FAPESP/EDUC, 2010.

LIMA, A. F.; OLIVEIRA, P. R. O uso das categorias espaciais na análise crítica da saúde mental: por territórios alternativos às razões instrumentais sistêmicas? *In*: BARROS, J. P.; ANTUNES, D. C.; MELLO, R. P. **Políticas de vulnerabilização social e seus efeitos**: estudos do programa de pós-graduação em psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza: Imprensa Universitária, 2020.

LIMA, F. Bio-necropolítica: diálogos entre Michel Foucault e Achille Mbembe. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 70, n. spe, p. 20-33, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v70nspe/03.pdf>. Acesso em: 24 out. 2020.

LORENZO-LUACES, Lorenzo et al. A prognostic index (PI) as a moderator of outcomes in the treatment of depression: A proof of concept combining multiple variables to inform risk-stratified stepped care models. **Journal of affective disorders**, v. 213, p. 78-85, 2017. Disponível em: [https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032716312149?casa\\_token=MBuZSCNkCfMAAAA:dqND3s\\_Z04akfaMuLa2c2fsF3wsvOXr7L\\_S7Z0pP3dwukQ6nmIAm7m-8UsM7tnkkm\\_BfBMyWnfl](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032716312149?casa_token=MBuZSCNkCfMAAAA:dqND3s_Z04akfaMuLa2c2fsF3wsvOXr7L_S7Z0pP3dwukQ6nmIAm7m-8UsM7tnkkm_BfBMyWnfl) >. Acesso em: 7 jan. 2024.

LUO, Gang et al. Using computational approaches to improve risk-stratified patient management: rationale and methods. **JMIR research protocols**, v. 4, n. 4, p. e5039, 2015. Disponível em: < <https://www.researchprotocols.org/2015/4/e128> >. Acesso em: 7 jan. 2024.

MACEDO, J. P. *et al.* A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saúde Soc**, v. 26, n. 1, p. 155-70, 2017.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Caderno de Saúde Pública**, v. 33, n. Suppl 2, p. e00129616, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017001405006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001405006&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 21 jul. 2020.

MAEHDER, Kerstin et al. How do care providers evaluate collaboration?-qualitative process evaluation of a cluster-randomized controlled trial of collaborative and stepped care for patients with mental disorders. **BMC psychiatry**, v. 21, p. 1-12, 2021. Disponível em: <>. Acesso em: 7 jan. 2024.

MARQUES, A. C.; FURTADO, E. F. Intervenções breves para problemas relacionados ao álcool. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 26, n. Supl1, p. 28-32, 2004. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462004000500008](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000500008). Acesso em: 30 jan. 2022.

MATTOS, R. A. Sobre os limites e as possibilidades dos estudos acerca dos impactos das políticas públicas relativas à epidemia de HIV/aids: algumas reflexões metodológicas feitas a partir do caso brasileiro. *In*: PARKER, R.; GALVÃO, J.; BESSA, M. S. (Orgs.). **Saúde, desenvolvimento e política**. Respostas frente à aids no Brasil. Rio de Janeiro/São Paulo: ABIA/Ed.34, 1999.

MBEMBE, A. **Necropolítica**. São Paulo: N-1 edições, 2018.

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

MENDES, Eugênio V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça et al. **A construção social da atenção primária à saúde**. 2 ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2019. 192 p. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>>. Acesso em: 07 abr. 2022.

MENEZES, A. P. R.; MORETTI, B.; REIS, A. A. C. dos. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. **Saúde em Debate** [online]. 2019, v. 43, n. spe5 [Acessado 28 Janeiro 2022], pp. 58-70. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S505>. Epub 19 Jun. 2020. ISSN 2358-2898. Acesso em: 21 jul. 2020.

MENEZES, E. L. C. *et al.* Modes of care production and universal access – an analysis of federal guidance on the work of primary healthcare teams in Brazil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1751–64, 2020.

MENICUCCI, T. M. G. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Saúde e sociedade**, v. 20, n. 2, pp. 522-532, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902011000200022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000200022&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 21 jul. 2020.

MIGUEL, Paulo de Tarsso; MEDEIROS, Jássio Pereira. A volta dos manicômios: Reflexões acerca da nota técnica n. 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MSN. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 14, n. 39, p. 41-61, 2022. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/80699>>. Acesso em: 07 nov. 2022

MILEK, C. *et al.* **Relações indecentes**. 1 ed. São Paulo: Tirant Lo Blanch, 2020.

MILLER, W. R.; SANCHES, V. C. Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In: HOWARD, G. (eds). **Issues in alcohol use misuse in young adults**. Notre Dame: University of Notre Dame Press, 1993.

MISKOLCI, R.; PEREIRA, P. P. G. Desigualdades mortais: a fabricação de vidas precárias no Brasil. **Interface**, v. 23 p. e190157, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2019.v23/e190157/en/>. Acesso em: 15 ago. 2020.

MORAIS, H. M. M. *et al.* Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p. e00194916, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2018000105017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000105017&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 3 set. 2020.

MORATO, G. G.; LUSSI, I. A. Contributions from the perspective of Psychosocial Rehabilitation for occupational therapy in the field of mental health. **Cad Bras Ter Ocup**, v. 26, n. 4, p. 943-51, 2018. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2526-89102018000400943&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2526-89102018000400943&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 30 jan. 2022.

NASSIF, M. I.; A hegemonia da crueldade: Como uma elite raivosa enfiou uma faca no coração da democracia. Prefácio. *In*: RIBEIRO, A, J. **Relações indecentes** [recurso eletrônico] / (org). MILEK, C.; RIBEIRO, A. J.; (coord.) GONÇALVES, M. *et al.*; (ilust.) MILEK, E. São Paulo: Tirant Lo Blanch, 2020, 1. ed. Disponível em: [https://editorial.tirant.com/free\\_ebooks/E000020005394.pdf](https://editorial.tirant.com/free_ebooks/E000020005394.pdf). Acessado em: 28 jan. 2022.

NATIONAL MENTAL HEALTH STRATEGY. **The Fifth National Mental Health and Suicide Prevention Plan**. Sidney: Australian Government, 2017. Disponível em: <https://www.mentalhealthcommission.gov.au/getmedia/0209d27b-1873-4245-b6e5-49e770084b81/Fifth-National-Mental-Health-and-Suicide-Prevention-Plan.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2022.

NEGRI FILHO, Armando de; BARBOSA, Zilda. O papel dos hospitais nas redes de atenção à saúde: elementos para pensar uma agenda estratégica para o SUS. **Consensus (Brasília)**, p. 1-8, 2014. Disponível em: <[https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/revistaconsensus\\_11.pdf](https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/revistaconsensus_11.pdf)>. Acesso em: 06 ago. 2022.

NELSON, Charles. Improving psychiatric–psychological assessment capacity by matching level of care to client outcomes: enhancing discharge planning at an operational stress injury clinic in Canada. **Journal of Military, Veteran and Family Health**, v. 4, n. 2, p. 136-143, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.3138/jmvfh.2017-0017>>. Acesso em: 07 jan. 2024.

NORONHA, J. C. *et al.* Notas sobre o futuro do SUS: breve exame de caminhos e descaminhos trilhados em um horizonte de incertezas e desalentos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2051-60, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5XhkNwnNmLNxfJRqzH9F93Q/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 jan. 2022.

NUNES, Mônica de Oliveira et al. Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4489-4498, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25252019>>. Acesso em: 20 out. 2022.

OBSERVATÓRIO DE ANÁLISE POLÍTICA EM SAÚDE. Mudanças na Política Nacional de Saúde Mental: participação social atropelada, de novo. **Boletim Projeto Análise de Políticas de Saúde no Brasil**. v. 4, n. 15, jan/fev 2018. Disponível em: <http://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/boletim/edicao/15/>. Acesso em: 05 nov. 2021.

OLIN, Su-chin Serene et al. Beyond screening: a stepped care pathway for managing postpartum depression in pediatric settings. **Journal of Women's Health**, v. 26, n. 9, p. 966-975, 2017. Disponível em: < <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jwh.2016.6089> >. Acesso em: 7 jan. 2024.

OLIVEIRA, I. C. *et al.* Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: visão de enfermeiros. **Cogitare Enfermagem**, v. 25, p. e6284, 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **COVID-19: Intervenções recomendadas em saúde mental e apoio psicossocial (SMAPS) durante a pandemia.** Brasília: OPAS, 2020. Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53017/OPASBRANMHMHCVID-19200026\\_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53017/OPASBRANMHMHCVID-19200026_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 30 jan. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines 1920.** Washington, D. C.: OPAS, 1964. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/1133/42178.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 28 jan. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Redes Integradas de Servicios de Salud Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas.** La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington, D. C.: OPAS, 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas:** documento de posicionamento da Organização. Washington, D. C.: OPAS, 2007.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Salud Universal en el Siglo XXI: 40 Años de Alma-Ata.** Informe de La Comisión de Alto Nivel. Washington, D. C.: OPAS, 2019.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Serie: La renovación de la atención primaria de salud en las Américas.** Washington: OPAS, 2008.

ORMAN, Jan; O'DEA, Bridianne. e-Therapy in primary care mental health. **Australian journal of general practice**, v. 47, n. 4, p. 168-172, 2018. Disponível em: <>. Acesso em: 07 jan. 2024.

PAIM, J. S. Período FHC. *In*: PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** Tese – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2007.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos** (Impresso), v. 21, p. 15-35, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/rcknG9DN4JKxkbGKD9JDSqy/?lang=pt>. Acesso em: 03 de fev. de 2022.

PASCHE, D. F. *et al.* Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. **Panam Salud Publica**, v. 20, n. 6, p. 416-22, 2006. <https://scielosp.org/article/rpsp/2006.v20n6/416-422/>. Acesso em: 10 set. 2020.

PEREIRA, M. R. **Brasil: Uma breve e recente história da reforma psiquiátrica brasileira**. Desinstitute, 2021. Disponível em: <https://desinstitute.org.br/noticias/uma-breve-e-recente-historia-da-reforma-psiQUIATRICA-brasileira/>. Acesso em 07 out 2022.

PETERSEN, Inge et al. Evaluation of a collaborative care model for integrated primary care of common mental disorders comorbid with chronic conditions in South Africa. *BMC psychiatry*, v. 19, p. 1-11, 2019. Disponível em: < <https://link.springer.com/article/10.1186/s12888-019-2081-z> >. Acesso em: 7 jan. 2024.

PIRES-ALVES, F. A.; PAIVA, C. H. A.; FALLEIROS, I. Saúde e desenvolvimento: a agenda do pós-guerra. In: PONTE, C. F.; FALLEIROS, I. (Org.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/COC; FIOCRUZ/EPSJV, 2010.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciência & saúde coletiva*, v. 16, p. 4579-4589, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300002>>. Acesso em 23 mai. 2022

PITTA, Ana Maria Fernandes; GULJOR, Ana Paula. A violência da contrarreforma psiquiátrica no Brasil: um ataque à democracia em tempos de luta pelos direitos humanos e justiça social. **Cadernos do CEAS: Revista crítica de humanidades**, n. 246, p. 6-14, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.25247/2447-861X.2019.n246.p6-14>>. Acesso em: 13 set. 2022.

PRADO, N. M. B. L.; SANTOS, A. M. Promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde: sistematização de desafios e estratégias intersetoriais. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 379-395, 2018.

PRICE, Julia; BECKER-HAIMES, Emily M.; BENJAMIN WOLK, Courtney. Matched emotional supports in health care (MESH) framework: A stepped care model for health care workers. **Families, Systems, & Health**, v. 39, n. 3, p. 493, 2021. Disponível em: < [https://psycnet.apa.org/fulltext/2021-45659-001.html?casa\\_token=WhC7j2n\\_LFgAAAAA:v1WQ76-Q\\_8j2445AykItbTiArAwwgiUFtkm13PA1jFF43pEI6URfBA\\_WMB\\_9UVd1cHefd\\_cL4IWRD7np\\_xqrqRIOG](https://psycnet.apa.org/fulltext/2021-45659-001.html?casa_token=WhC7j2n_LFgAAAAA:v1WQ76-Q_8j2445AykItbTiArAwwgiUFtkm13PA1jFF43pEI6URfBA_WMB_9UVd1cHefd_cL4IWRD7np_xqrqRIOG) >. Acesso em: 7 jan. 2024.

PT apresenta novo pedido de impeachment contra Bolsonaro por apologia à tortura. **IstoÉ** [online], 8 janeiro 2021. Disponível em: <https://istoe.com.br/pt-apresenta-novo-pedido-de-impeachment-contrabolsonaro-por-apologia-a-tortura/>. Acesso em: 12 jan. 2021.

RAMOS FILHO, W. *et al.* **Relações Obscenas: Livro analisa revelações do The Intercept/BR**. 1 ed. São Paulo: Tirant Lo Blanch, 2019.

RIBEIRO, J. “Vamos fuzilar a petralhada”, diz Bolsonaro em campanha no Acre. **Exame** [online], 04 setembro 2018. Disponível em: <https://exame.com/brasil/vamos-fuzilar-a-petralhada-diz-bolsonaro-em-campanha-no-acre/>. Acesso em: 28 jan. 2022.

RICHARDS, David A. et al. Delivering stepped care: an analysis of implementation in routine practice. **Implementation Science**, v. 7, p. 1-11, 2012. Disponível em:< <https://link.springer.com/article/10.1186/1748-5908-7-3> >. Acesso em: 07 jan. 2024.

RICHARDSON, Roberto Jarry et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROCHA, E. F.; PAIVA, L. F.; OLIVEIRA, R. H. Terapia ocupacional na Atenção Primária à Saúde: atribuições, ações e tecnologias. **Cad Ter Ocup UFSCar**, v. 20, n. 3, p. 351-61, 2012.

ROSA, Tatiana. SUS Legis – Saiba mais sobre o projeto que consolidou as portarias do gabinete do ministro da saúde. **Consensus**, n. 25, p. 16-19, 2017. Disponível em: <[https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/revistaconsensus\\_25.pdf](https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/revistaconsensus_25.pdf)>. Acesso em: 06 ago. 2022.

ROTOLI, Adriana et al. Mental health in Primary Care: challenges for the resoluteness of actions. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 2, p. e20180303, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/wrXD8RKChfjKjcJVhzMscQR/?lang=en>>. Acesso em: 7 jan. 2024.

RUBIN, Robert J.; DIETRICH, Kimberly A.; HAWK, Anne D. Clinical and economic impact of implementing a comprehensive diabetes management program in managed care. **The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism**, v. 83, n. 8, p. 2635-2642, 1998. Disponível em: <<https://academic.oup.com/jcem/article-abstract/83/8/2635/2660425>>. Acesso em: 7 jan. 2024.

SALES, L.; MARIANO, R. Ativismo político de grupos religiosos e luta por direitos. **Religião & sociedade**, v. 39, n. 2, pp. 9-27, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-85872019000200009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-85872019000200009&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 12 nov. 2020.

SANTOS, M. **A natureza do espaço: técnica, razão e emoção**. 4. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2014.

SANTOS, R. A. O Plano de Educação Higiênica de Belisário Penna: 1900-1930. **Revista Dynamis**, v. 32, n. 1, pp. 45-68, 2012. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-95362012000100003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-95362012000100003). Acesso em: 10 out. 2020.

SANTOS, W. G. **Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira**. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SARACENO, Benedetto. Declaração de Benedetto Saraceno, MD, FRCPsych (Hon), MPH: Aos gestores e trabalhadores da saúde mental e aos amigos e às amigas da luta antimanicomial brasileira. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 12, n. 33, 2020. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/78897>>. Acesso em 15 nov 2022

SARAIVA, S. *et al.* Bridging the mental health treatment gap: effects of a collaborative care intervention (matrix support) in the detection and treatment of mental disorders in a Brazilian city. **Family Medicine and Community Health**, v. 8, p. e000263, 2020. Disponível em: <https://fmch.bmj.com/content/8/4/e000263>. Acesso em: 30 jan. 2022.

SARLET, I. W. Nota do coordenador científico. **Revista da Defensoria Pública**, v. 1, n. 1, p. 9, 2008.

SAWAIA, B. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão In: SAWAIA, B. (Org.). **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. ed. 5. Petrópolis: Vozes, 2004.

SAWRIKAR, Vilas et al. Using staged care to provide “right care first time” to people with common affective disorders. **Psychiatric Services**, v. 72, n. 6, p. 691-703, 2021. Disponível em: < <https://ps.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ps.202000145> >. Acesso em: 7 jan. 2024.

SAXENA, S. *et al.* Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. **The Lancet**, v. 370, n. 9590, 878–89, 2007.

SCATENA, J. H. G.; TANAKA, O. Y. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 10, n. 2, p. 47–74, 2001.

SILVA, A. C. *et al.* Redes de atenção à saúde: percepção de usuários de uma unidade de saúde da família. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 7, n. 1, p. 100-110, 2017.

SILVA, R. C. F. *et al.* A governança e o planejamento na perspectiva regional de saúde. **Physis**, v. 30, n. 3, p. 1–22, 2020b.

SILVA, T. L. *et al.* Compreensão de estudantes de enfermagem sobre as Redes de Atenção à Saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 28, p. e45918, 2020a.

SNOOKS, Helen et al. Effects and costs of implementing predictive risk stratification in primary care: a randomised stepped wedge trial. **BMJ quality & safety**, v. 28, n. 9, p. 697-705, 2019. Disponível em: < <https://qualitysafety.bmj.com/content/28/9/697.abstract> >. Acesso em: 7 jan. 2024.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Integrative review: what is it? How to do it?. **Einstein (São Paulo)**, v. 8, p. 102-106, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?format=html>>. Acesso em: 7 jan. 2024.

SOUZA, R. N. Neoliberalismo e Neopentecostalismo: O que há para além do prefixo. In: MILEK, C. *et al.* (Org.). **Relações indecentes**. 1 ed. São Paulo: Tirant Lo Blanch, 2020.

STEEL, Zachary et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. **International journal of epidemiology**, v. 43, n. 2, p. 476-493, 2014. Disponível em: < <https://academic.oup.com/ije/article-abstract/43/2/476/2901736> >. Acesso em: 7 jan. 2024.

THORNICROFT, G. Physical health disparities and mental illness: the scandal of premature mortality. **The British Journal of Psychiatry**, v. 199, n. 6, p. 441–2, 2011.

TÓFOLI, L. F. F. **Investigação categorial e dimensional sobre sintomas físicos e síndromes somatoformes na população geral**. Tese – Programa de Pós-graduação em Ciências, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

UBAID, Mohammad et al. Integration of mental health and psychosocial support services into primary health care in Gaza: a cross-sectional evaluation. **The Lancet**, v. 398, p. S51, 2021. Disponível em: < [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)01537-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)01537-3/fulltext) >. Acesso em: 7 jan. 2024.

UNITED NATIONS. **The Millennium Development Goals Report 2015**. Nova York: United Nations, 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO. **Origem das políticas de saúde pública no Brasil: do Brasil-Colônia a 1930**. Ouro Preto: Ufop. Cied, [s.d.].

VACINA, não; veneno, sim. Governo Bolsonaro libera 10 agrotóxicos produzidos na China. **Rede Brasil Atual** [online], 24 outubro 2020. Disponível em: <https://www.redebrasilatual.com.br/ambiente/2020/10/agrotoxicos-liberados-governo-china/>. Acesso em: 28 nov. 2020.

VENTURINI, Ernesto. A desinstitucionalização: limites e possibilidades. **Journal of Human Growth and Development**, v. 20, n. 1, p. 138-151, 2010. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822010000100018&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000100018&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 07 nov. 2022.

VICENTE, M. M. **História e Comunicação na nova ordem internacional**. São Paulo: Editora UNESP, 2009.

VOSKES, Yolande et al. High and intensive care in psychiatry: a new model for acute inpatient care. **Psychiatric Services**, v. 72, n. 4, p. 475-477, 2021. Disponível em: < <https://ps.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ps.201800440> >. Acesso em: 07 jan. 2024.

WADGE, H. *et al.* Brazil's family health strategy: Using community health workers to provide primary care. **Commonw Fund**, v. 40, p. 1–15, 2016.

WEILLER, J. A. B. O desmonte do SUS em tempos de Bolsonaro. *In*: STEFANO, D.; MENDONÇA, M. L. (Orgs.). **Direitos humanos no Brasil 2019: Relatório da Rede Social de Justiça e Direitos Humanos**. ed 1. São Paulo: Outras expressões, 2019.

WOLF, Rasmus Trap et al. Systematic identification and stratification of help-seeking school-aged youth with mental health problems: a novel approach to stage-based stepped-care. **European Child & Adolescent Psychiatry**, p. 1-13, 2021. Disponível em:< <https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-021-01718-5> >. Acesso em: 07 jan. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **mhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-Specialized Health Settings: Mental Health Gap Action Programme (mhGAP)**. Geneva: World Health Organization, 2010. Disponível em: <http://europepmc.org/abstract/MED/23741783>. Acesso em: 30 jan. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Mental health action plan 2013-2020**. Geneva: World Health Organization, 2013. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>. Acesso em: 30 jan. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **mhGAP. Mental Health Gap Action Programme. Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders**. France: WHO, 2008. Disponível em: <https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/resource/mhGAP%20>. Acesso em: 30 jan. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Comprehensive mental health action plan 2013–2030**. Geneva: WHO, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World mental health report: transforming mental health for all**. Geneva; WHO, 2022.

WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS. **Core competencies in primary mental health care**. Thailand: WONCA; 2018. Disponível em: <https://www.wonca.net/site/DefaultSite/filesystem/documents/Groups/Mental%20Health/Cor%20competencies%20January%202018.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2022.

WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS. **WONCA Working Party for Mental Health Guidance Paper 2017-10-10**. Thailand: WONCA, 2017. Disponível em: <http://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/Groups/Mental%20Health/WPMH%20role%20of%20FPs%20in%20non%20drug%20interventions.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2022.

WÜNSCH, CG; RICCI, EC; ALMEIDA, IS; PINHEIRO MCC (Org). **Síntese do posicionamento científico-crítico-ético-político da FASM sobre a Saúde Mental no Brasil**. S.l., 2021. Disponível em: <https://fasmnacional.wordpress.com/2020/12/23/example-post/> Acesso em: 02 nov. 2022.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde Em Debate**, v. 32, n. 78, p. 27–37, 2008.