



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

MICHELLY CAROLINY DE OLIVEIRA RODRIGUES

**REDE DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO SEDE DA II
GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE: análise da sua constituição**

Recife
2024

MICHELLY CAROLINY DE OLIVEIRA RODRIGUES

**REDE DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO SEDE DA II
GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE: análise da sua constituição**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Políticas de Saúde

Orientador: Profº. Dr. Petrônio José de Lima Martelli

Recife

2024

.Catalogação de Publicação na Fonte. UFPE - Biblioteca Central

Rodrigues, Michelly Caroliny de Oliveira.

Rede de cuidado em saúde mental do município sede da II Gerência Regional de Saúde: análise da sua constituição / Michelly Caroliny de Oliveira Rodrigues. - Recife, 2024. 66f.: il.

Dissertação (Mestrado), Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2024.

Orientação: Petrônio José de Lima Martelli.

1. Rede de Atenção Psicossocial; 2. Serviços de saúde mental; 3. Colaboração intersetorial. I. Martelli, Petrônio José de Lima. II. Título.

UFPE-Biblioteca Central

CDD 614

MICHELLY CAROLINY DE OLIVEIRA RODRIGUES

**REDE DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO SEDE DA II
GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE: análise da sua constituição**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 30/07/2024

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
 **MIRELLA BEZERRA RODRIGUES VILELA**
Data: 30/07/2024 11:26:04-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. **Mirella Bezerra Rodrigues Vilela** (Examinadora Externa da UFPE)
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Documento assinado digitalmente
 **GABRIELLA MORAIS DUARTE MIRANDA**
Data: 30/07/2024 11:18:25-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. **Gabriella Morais Duarte Miranda** (Examinadora Interna do PPGSC)
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)



Prof. Dr. **Petrônio José de Lima Martelli** (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus que permitiu essa conquista, me dando condições de continuar estudando mesmo em meio aos desafios que enfrentei na minha trajetória desde que me tornei mãe, não sou digna de tanto, Senhor. Sempre pude estudar e acompanhar o crescimento do meu filho de perto e isso foi a maior bênção que eu poderia desejar.

Aos meus pais Cláudia e Beto, na verdade PAIS, é preciso destacá-los porque sem eles nada seria possível para mim. Deus sempre cuidou e demonstrou seu amor por mim desde a escolha de quem seriam os meus pais. A minha grande rede de apoio e suporte em todos os momentos da minha vida, que agora amam e cuidam do meu bem mais preciso, meu filho. Cada oportunidade que eu tenho, eles me oferecem o suporte necessário para que eu consiga vivê-la, então todas as minhas conquistas eu dedico a eles.

Ao meu parceiro (João Vítor) de uma árdua jornada de 8 anos vivenciando comigo cada passo dos meus processos, caminhando ao meu lado a cada nova conquista, quem vivenciou comigo todas as faces e fases da minha pessoa, eu te agradeço por ter decidido ficar.

À pessoa mais importante da minha vida, Joaquim Pedro de Oliveira Barros, quem me colocou no lugar que estou hoje, me tornou a pessoa que sou hoje e me proporcionou 4 anos de descoberta de sentimentos. Desde a descoberta de sua chegada minha vida se embaralhou, no primeiro mês de residência, em plena pandemia da COVID-19 eu o carregava no ventre entre os corredores do hospital, depois o amamenteei durante as aulas e a partir daí ele me acompanhou, tornando meus dias mais cansativos e alegres. Agora a mamãe dele será Mestre e um dia ele saberá tudo que ela precisou abdicar, replanejar, suportar para tentar ser melhor e dar o seu melhor dentro e fora de casa.

RESUMO

Este estudo visa analisar a organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Limoeiro-PE, no que diz respeito a sua constituição e articulações. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, sendo realizado em forma de um estudo de caso de cunho qualitativo. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 10 informantes estratégicos, entre gestores e profissionais assistenciais, além da análise de documentos regionais pertinentes ao estudo. Para os procedimentos analíticos, foi utilizada uma matriz de análise composta por três dimensões: Desenho da RAPS a nível regional e as pactuações intermunicipais; Organização e fluxo dos serviços de saúde mental de Limoeiro; Articulação intersetorial da RAPS. O município demonstra compromisso com a saúde mental não apenas de seus habitantes, mas também dos usuários de cidades vizinhas, visto que Limoeiro é referência para a assistência em saúde mental de oito municípios que compõem a 2ª Regional de Saúde. Dos sete componentes preconizados pela Política Nacional de Saúde Mental, Limoeiro dispõe de seis desses. No entanto, foi evidenciado a necessidade pelo serviço especializado em transtorno, revelando a precisão de expansão dos serviços. A articulação entre os pontos de atenção revelou a conformação de uma rede especializada vinculada à atenção primária, porém com centralização da demanda nos serviços especializados. O desenvolvimento de ações interssetoriais, embora presentes, mostrou-se limitado. Evidenciou-se falta de domínio dos fluxos de assistência por parte de alguns profissionais. A estrutura fragilizada da RAPS atrelada à articulação deficiente entre seus dispositivos e à desarticulação dos fluxos intermunicipais, configuram um cenário que compromete a oferta de um cuidado integral e longitudinal em saúde mental. O diagnóstico obtido sobre o panorama da saúde mental em Limoeiro, fornece aos gestores públicos informações essenciais para o planejamento de ações que visem o aprimoramento dessa área. As análises e os dados coletados servem como ponto de partida para novas investigações que podem explorar diferentes aspectos da temática.

Palavras-chave: Saúde mental; Assistência à saúde mental; Serviços de saúde mental; Rede de Atenção Psicossocial; Colaboração intersetorial.

ABSTRACT

This study aims to analyze the organization of the Psychosocial Care Network (RAPS) of the municipality of Limoeiro-PE, with regard to its constitution and articulations. This is a descriptive and exploratory study, being carried out in the form of a qualitative case study. Semi-structured interviews were conducted with 10 strategic informants, including managers and care professionals, in addition to the analysis of regional documents pertinent to the study. For the analytical procedures, an analysis matrix composed of three dimensions was used: RAPS design at the regional level and inter-municipal agreements; Organization and flow of mental health services in Limoeiro; Intersectoral articulation of RAPS. The municipality demonstrates commitment to the mental health not only of its inhabitants, but also of users from neighboring cities, since Limoeiro is a reference for mental health care in eight municipalities that make up the 2nd Regional Health Region. Of the seven components recommended by the National Mental Health Policy, Limoeiro has six of these. However, the need for the specialized service in disorder was evidenced, revealing the accuracy of the expansion of services. The articulation between the points of care revealed the formation of a specialized network linked to primary care, but with centralization of the demand in specialized services. The development of intersectoral actions, although present, proved to be limited. It was evident that some professionals lack mastery of the care flows. The fragile structure of the RAPS, linked to the deficient articulation between its devices and the disarticulation of inter-municipal flows, configure a scenario that compromises the provision of comprehensive and longitudinal mental health care. The diagnosis obtained on the mental health panorama in Limoeiro provides public managers with essential information for planning actions aimed at improving this area. The analyses and data collected serve as a starting point for new investigations that can explore different aspects of the theme.

Keywords: Mental health; Mental health assistance; Mental health services; Psychosocial Care Network; Intersectoral collaboration.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização dos participantes do estudo da Rede de Atenção Psicossocial. Limoeiro, Pernambuco, Brasil, 2024.....	25
Documentos analisados no estudo da Rede de Atenção Psicossocial. Limoeiro, Pernambuco, Brasil, 2024.....	27
Quadro 2 –	

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária de Saúde
ASM	Ambulatório de Saúde Mental
CAPS AD III	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas 24 horas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
ESF	Equipes de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LI	Leitos Integrais
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção em Saúde
RP	Reforma Psiquiátrica
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgências
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UA	Unidade de Acolhimento
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UPA	Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	REVISÃO DE LITERATURA	12
2.1	Contextualização sócio-histórica da assistência em saúde mental	12
2.2	A Reforma Psiquiátrica Brasileira	14
2.3	Organização do sistema de saúde em Redes de Atenção	15
2.4	Rede de Atenção Psicossocial	18
3	OBJETIVOS	23
3.1	Objetivo geral	23
3.2	Objetivos específicos	23
4	MÉTODO	24
4.1	Desenho do estudo	24
4.2	Local e período do estudo	24
4.3	Participantes do estudo	25
4.4	Coleta de dados	25
4.5	Análise de dados	28
4.6	Aspectos Éticos	29
5	RESULTADOS.....	30
5.1	Artigo: REDE DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL EM MUNICÍPIO SEDE DE REGIÃO DE SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO.....	31
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
	REFERÊNCIAS	53
	APÊNDICE A- Instrumento de Coleta de Dados	59
	ANEXO I- Termo de Consentimento Livre Esclarecido	60
	ANEXO II - Normas da Revista de Saúde Mental e Subjetividade	63

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos 30 anos, o Brasil passou por importantes transformações no que se refere à construção de políticas públicas de saúde, sob a perspectiva da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e da subsequente Reforma Psiquiátrica (RP), que configuraram movimentos a favor da transformação do modelo de atenção que era baseado em intervenções higienistas e exclusão social das pessoas com transtornos mentais. Essas mudanças tiveram um impacto profundo na maneira como o sistema de saúde e as políticas de saúde mental são concebidos e implementados no país (SILVA, 2019).

A doença mental enquanto problema de saúde pública ficou mais evidente após a desospitalização e transição do modelo assistencial, sendo este utilizado como forma de articular estratégias para melhor atender as demandas em saúde e subsidiar as intervenções. Apesar dos avanços significativos, ainda existem desafios para efetivar o processo de desinstitucionalização e consolidar os cuidados em saúde mental. Dentre os mais significativos podem citar o subfinanciamento, que compromete a qualidade e a abrangência dos serviços oferecidos, a fragilidade na articulação intra e intersetorial dificultando a abordagem holística e o suporte abrangente aos indivíduos, a distribuição desigual dos serviços culminando na dificuldade de acesso, o estigma e a dificuldade de reinserção social que perpassam a vida dos sujeitos em sofrimento mental (SAMPAIO; BISPO JÚNIOR, 2021).

Com a promulgação da Lei 10.216/2001, conhecida como Lei Antimanicomial, é fortalecido no território brasileiro a transformação no paradigma de assistência em saúde mental. A partir da instituição das Redes de Atenção em Saúde (RAS), é consolidado um novo modelo de atenção à saúde voltado para o cuidado integral de configuração territorial e comunitária (AMADEI *et al.*, 2023). Essa abordagem reflete o compromisso contínuo com a consolidação da Reforma Psiquiátrica e a implementação da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) (NÓBREGA; MONTOVANI; DOMINGOS, 2020).

As RAS são estruturas organizacionais que reúnem uma variedade de serviços de saúde com o propósito de oferecer cuidado integral, holístico e coordenado, adaptado às diferentes necessidades e complexidades de acordo com áreas temáticas. Dentre as cinco áreas temáticas preconizadas pelo Ministério da Saúde, o cuidado em saúde mental se configurou na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), criada em 2011 pela Portaria nº 3.088, como uma iniciativa que visa transformar o modelo de cuidado em saúde mental,

priorizando a atenção comunitária, a inclusão social e a humanização do tratamento para pessoas com transtornos mentais e necessidades relacionadas ao uso de substâncias psicoativas, através dos seus diferentes dispositivos (NÓBREGA, MONTOVANI e DOMINGOS, 2020).

O desconhecimento sobre a atual situação do funcionamento da RAPS nos municípios do interior de Pernambuco e neste caso em tela, Limoeiro, é uma realidade que perpassa as regiões interioranas. Existe a necessidade de desenvolvimento de pesquisas que contribuam para o debate regional e para uma melhor interlocução entre os diversos pontos de atenção que compõe a rede assistencial em saúde mental. Considerando a escassez de estudos sobre a temática na Região do Agreste Setentrional de Pernambuco, verificado por meio de buscas em bases de dados, optou-se por realizar esta pesquisa no município de Limoeiro-PE, por tratar-se de um município que sedia a 2ª Gerência Regional de Saúde (II GERES). Limoeiro é um dos três municípios-polo responsável pelo cuidado em saúde mental de sete municípios vizinhos.

Dessa forma, a pesquisa pretende produzir conhecimento acerca do arranjo organizacional dos serviços de saúde mental RAPS de Limoeiro e suas articulações intersetoriais. Podendo, dessa forma, subsidiar o aprimoramento do planejamento governamental acerca das práticas e dos serviços da RAPS condizentes com as diretrizes do novo modelo assistencial em saúde, efetivando o processo institucional de municipalização da saúde delineado no Brasil após a Constituição Federal de 1988.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Contextualização sócio-histórica da assistência em saúde mental

Durante um longo período da história, não existia fundamentação para explicar os desarranjos mentais que acometiam determinadas pessoas, ficando essas no campo do desconhecido. A loucura era associada a mensagem dos Deuses na Grécia antiga, bem como à possessões demoníacas no período da Idade Média. Existia desde essa época a concepção de afastar essas pessoas do convívio social, detendo-as em ambientes isolados e destinados aos insanos (FOUCAULT, 2005). O autor defende a ideia de conhecer a concepção construída da doença mental como algo a ser excluído, para então compreender o estigma histórico-social que perpassa a loucura.

No século XV na Europa, período da Renascença, começa a surgir uma prática

nomeada “Nau dos loucos”, que consiste na ideia de embarcações ocupadas por doentes mentais, navegarem sem rumo para longe das cidades como forma de limpeza social. Ao final da Idade Média, diante da erradicação da lepra, as instituições destinadas ao isolamento dos leprosos configuraram um ambiente propício aos loucos, uma vez que o fenômeno da loucura sucede a lepra nos medos seculares. Esses ambientes de internação não eram voltados à tratamentos e sim ao aprisionamento dos doentes mentais e seu consequente isolamento da sociedade (FOUCAULT, 2005).

No fim do século XIX surgiram as primeiras instituições psiquiátricas designadas ‘asilos religiosos’ as quais eram considerados como uma solução para a loucura, com objetivo inicial de isolar os indivíduos com transtornos mentais para manter a ordem pública (MORAIS, 2023). De modo geral, as instituições psiquiátricas apresentam características direcionadas à adequação dos sujeitos ao padrão ideal imposto pela sociedade, ocasionando a ‘mortificação do eu’, a perda de identidade e um profundo sofrimento, em meio a norma de que a desordem tem potencial para afetar a ordem social (KREIN, 2022).

No Brasil, o cuidado em saúde mental de forma institucionalizada teve início com a criação do Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro, em 1841 e perpassou por diferentes períodos históricos. Segundo o contexto vivenciado nessa época, as ações institucionais restringiam-se a medidas higienistas e de exclusão social desses responsáveis pela desordem pública, firmados pela promulgação do Decreto nº 24.559/1934, através do qual os loucos deveriam ser isolados do convívio social e internados em espaços psiquiátricos com interesse em manter a ordem e segurança pública. Essa medida reforçou a concepção de perigo associado à doença mental, favorecendo a política de encarceramento como mecanismo de tratamento da loucura e perpetuando o modelo manicomial e seus efeitos negativos. (SAMPAIO; BISPO JÚNIOR, 2021).

Inicialmente, o ambiente asilar configurava um caráter religioso e caritativo, que com a Proclamação da República, em 1889, e crescimento da psiquiatria científica, exacerbou a abordagem medicalizante. Desde então, foi fixado o modelo manicomial como principal assistência à loucura. (SAMPAIO; BISPO JÚNIOR, 2021). Entre as principais descrições da vivência em manicômios, destacam-se relatos de pacientes em subalimentação e higiene precária incluindo o forte cheiro de urina e fezes no cenário de corpos nus, rodeados de moscas, tornando-os vulneráveis ao estupro, trabalho escravo, agressão, tortura e mortes não esclarecidas. Narrativas expõe que os indivíduos em situação de internamento psiquiátrico chegavam a tomar banhos apenas de maneira

coletiva com auxílio de mangueiras (PASSOS, 2021).

Com a publicação do Decreto nº 49.974, de 21 de janeiro de 1961, houve uma mudança no modelo manicomial vigente. Esse decreto estabeleceu como preceito para a internação psiquiátrica, o diagnóstico de doença mental e acrescentou que a assistência poderia ser realizada em espaços extra-hospitalares e comunitários. Além disso, substituiu o termo ‘doença mental’ por saúde mental. No entanto, apesar dessas mudanças, essa normativa não resultou em alterações significativas nas políticas de saúde mental (FERNANDES, 2018). Conforme Lima (2018), a proposta do decreto foi principalmente um ajuste político-econômico e não foi acompanhada por uma redistribuição efetiva dos recursos financeiros para a saúde mental. A maior parte do financiamento ainda era direcionada para asilos privados, o que implicou na manutenção do antigo modelo manicomial em grande medida. Portanto, embora o decreto representasse uma tentativa de flexibilizar o modelo de atendimento em saúde mental, ele não teve um impacto substancial na prática e na estrutura das instituições psiquiátricas da época.

Diante de seu caráter abusivo, repressor e desumano, os hospitais psiquiátricos tornaram-se alvo de críticas devido aos maus-tratos, superlotação e grande quantidade de óbitos. Críticas inspiradas em distintos modelos de assistência vivenciados em países como a França, Estados Unidos e Itália, que motivaram as lutas a favor de mudanças na assistência em saúde mental no Brasil, impulsionadas por uma visão mais humanitária e pelos princípios da desinstitucionalização, buscando substituir o modelo manicomial por um sistema de cuidado em saúde mental mais inclusivo, com enfoque na atenção comunitária (SAMPAIO; BISPO JÚNIOR, 2021).

2.2 A Reforma Psiquiátrica Brasileira

No fim da década de 70, teve início os primeiros movimentos a favor da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da criação do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental. Esse movimento tinha como objetivo principal desconstruir o modelo manicomial vigente na época e valorizar a autonomia, a inclusão social e a dignidade das pessoas com transtornos mentais. Essa nova abordagem reconhece que o sofrimento mental não deve ser tratado apenas por meio do isolamento e da medicalização, mas requer a participação comunitária, a garantia dos direitos humanos e o acesso a uma rede de cuidados mais ampla (SAMPAIO; BISPO JÚNIOR, 2021).

Apesar dos movimentos anteriores em prol da transformação do modelo de

assistência em saúde mental no Brasil, foi na década de 1990, após a promulgação da Constituição Federal de 1988, que a Reforma Psiquiátrica Brasileira ganhou impulso e foi formalmente construída. Dois marcos importantes nesse processo foram o compromisso assumido pelo Brasil na Declaração de Caracas e a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, que teve como pautas a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por serviços comunitários, pela valorização da autonomia dos usuários e pela construção de uma rede de cuidados mais humanizada e integrada (BRASIL, 2005; BRASIL, 2015).

A Declaração de Caracas foi firmada em 1990 durante a Conferência Regional sobre a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina. Essa declaração firmou o compromisso legislativo dos países com a reestruturação do modelo de atenção psiquiátrica com interesse em garantir os direitos humanos e civis das pessoas com transtornos mentais. Definiu também que as internações psiquiátricas deveriam ser realizadas em hospitais gerais. O Brasil assumiu o compromisso de promover a reforma dos serviços de saúde mental, com base nos princípios da defesa dos direitos humanos, da inclusão social e da desinstitucionalização (OMS/OPAS, 1990).

A partir desses marcos, o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) ganhou força e foram consolidadas normas e diretrizes para a incorporação da assistência em saúde mental nos serviços da rede geral de saúde (SILVA, 2019). Embora a instituição de um novo marco jurídico-constitucional, com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e os marcos anteriormente citados, ter alavancado positivamente os direitos sociais no Brasil, a luta Antimanicomial teve seu apogeu com a criação da Lei nº 10.216/2001. Este fato representou um marco da reforma psiquiátrica, assegurando os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental. A lei em questão, redirecionou o modelo da assistência em saúde mental no Brasil, enfatizando o objetivo de reinserção social da pessoa com transtorno mental, de modo que embora a internação psiquiátrica continue como possibilidade terapêutica, somente será utilizada em caráter excepcional (CAETANO; TEDESCO, 2021).

A RPB é entendida como um aglomerado de iniciativas políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas, que tem como finalidade transformar a relação da sociedade com o indivíduo com transtornos mentais, se iniciando no Brasil no final da década de 1970, num contexto em que se demonstrava a crise do modelo de cuidados, centrado no hospital psiquiátrico, e se verificava a eclosão do surgimento dos movimentos sociais que lutavam pelos direitos das pessoas com transtornos mentais (LAGE *et al.*,

2021). Nessa época, cenários de descaso e violência eram frequentemente observados pelos profissionais de hospitais psiquiátricos, levando à mobilização dos mesmos e consequentemente à denúncias, manifestações e matérias na imprensa sobre as condições precárias dos pacientes (AMARANTE; NUNES, 2018).

Contudo, embora os avanços em termos de cuidados em saúde mental sejam reconhecidos, estudos ainda indicam retrocessos, principalmente voltados ao ideal manicomial de cuidado por parte de gestores, profissionais e dos próprios usuários, sendo as práticas inteiramente medicalizantes voltadas exclusivamente para a remissão de sintomas priorizadas aplicadas frequentemente, demonstrando as dificuldades de implementação efetiva de cuidados abrangentes que ressignificam o sofrimento, bem como estimulam a autonomia e a reconstrução da identidade do indivíduo como sujeito social, além de assegurar a qualidade de vida (SAMPAIO; BISPO JÚNIOR, 2021).

A exemplo, um estudo que explorou achados sobre a implantação da reforma psiquiátrica no nordeste brasileiro identificou a falta de apropriação, ausência de capacitação e falta de entendimento no que diz respeito aos princípios da reforma psiquiátrica brasileira, reforçando o retrocesso estabelecido pela contrarreforma observada nos últimos anos (QUEIROGA, 2022). A revisão integrativa retrata ainda, uma realidade política e gerencial de ênfase no financiamento das comunidades terapêuticas, contrariando o ideal de investimentos em políticas públicas que priorizem a efetiva implantação da Rede de Atenção Psicossocial, contando com a expansão do Centros de Atenção Psicossocial como uma instituição de oferta de múltiplos cuidados objetivando a reintegração do paciente à sociedade (QUEIROGA, 2022).

Nessa conjuntura, constata-se a contrarreforma psiquiátrica em marcha no país, contrariando ideais e esforços voltados para a destruição do mecanismo manicomial através da implementação de atenção voltada para múltiplos cuidados e novas formas de sociabilidade, evidenciando a loucura como objeto de disciplina, controle e punição (NUNES; TORRENTE, 2022). A criação da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) esteve fortemente atrelada a Reforma Psiquiátrica, que representou uma mudança significativa no cuidado em saúde mental, buscando superar o modelo asilar e promover a inclusão social e o respeito aos direitos humanos das pessoas em sofrimento psíquico.

2.3 Organização do sistema de saúde em Redes de Atenção

A concepção das Redes de Atenção à Saúde (RAS) está intrinsecamente ligada à

busca por uma maior integração dos serviços de saúde, visando superar a fragmentação que historicamente caracterizou muitos sistemas de saúde. O conceito de rede transcende as fronteiras disciplinares e apresenta elementos comuns que o tornam um paradigma poderoso para analisar as complexidades dos sistemas de saúde e para orientar a construção de modelos de atenção mais integrados e centrados no paciente (MENDES, 2019).

A discussão dessa forma de organização teve início nos anos 2000, com a instituição de normas federais, e posteriormente com a criação das RAS, como uma abordagem estratégica para a organização do sistema de saúde, promovendo a integração de ações e serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade e áreas temáticas (VIANA *et al.*, 2018). A Portaria nº 4.279/2010, que estabeleceu diretrizes para a reorganização do sistema de saúde no país, define as RAS como "arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado." A implementação no SUS teve como principal objetivo criar uma estrutura mais integrada e articulada para a prestação de serviços de saúde.

A RAS é composta por três elementos essenciais: população adscrita, estrutura operacional e modelos de atenção à saúde. O primeiro diz respeito à inclusão todos os indivíduos que estão registrados ou cadastrados em uma determinada unidade de saúde ou área geográfica específica. A estrutura organizacional engloba uma variedade de componentes, incluindo instalações de saúde, profissionais de saúde, sistemas de informação e tecnologia, entre outros. Por fim os modelos de atenção referem-se às estratégias e abordagens usadas pelos sistemas de saúde para fornecer cuidados aos pacientes (LIMA; GUIMARÃES, 2019).

Mendes (2019), destaca que as RAS são construções sociais complexas que devem ser adaptadas às necessidades específicas de cada população. A organização e a gestão dos sistemas de saúde exigem um profundo conhecimento das condições de saúde da população, além de uma abordagem multidisciplinar que leve em consideração os aspectos demográficos, nutricionais e epidemiológicos. Ele captura de forma precisa a dinâmica complexa que molda os sistemas de saúde. A relação dialética entre fatores contextuais (como envelhecimento da população e transição epidemiológica) e internos (como estrutura organizacional, recursos e estilos de liderança) como elementos fundamentais para compreender as transformações e os desafios enfrentados por esses sistemas.

Uma análise feita sobre essa temática identificou diferentes fases no processo de regionalização e organização das redes de saúde no Brasil, descritas de acordo com as mudanças nas políticas e estratégias adotadas ao longo do tempo, passando de uma abordagem mais normativa e hierarquizada para uma abordagem mais integrada, participativa e contratualizada. A primeira diz respeito a região normativa com redes regionalizadas e hierarquizadas (Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS 2001 e 2002), que estabeleceu diretrizes para a organização dos serviços de saúde em níveis de complexidade, com foco na hierarquia de atendimento e na regionalização. A segunda foi a região negociada com redes integradas e regionalizadas (Pacto pela Saúde - Portaria 399/2006), na qual as redes de saúde passaram a ser pensadas de forma mais integrada e regionalizada, com maior flexibilidade na organização dos serviços. Por fim, a região negociada e contratualizada com redes de atenção à saúde (Portaria 4.279/2010 e Decreto 7.508/2011) estabeleceram as bases para a implementação das RAS, que buscavam integrar os serviços de saúde de forma a garantir uma atenção mais contínua e integral aos pacientes e introduziu a ideia de contratualização entre os diferentes níveis de governo e entre os prestadores de serviços (TOFANI *et al.*, 2021).

A implementação das RAS no SUS teve como principal objetivo criar uma estrutura mais integrada e articulada para a prestação de serviços de saúde. Esse modelo é fundamentado nas Redes Integradas de Serviços de Saúde preconizadas pela Organização Pan-Americana de Saúde e tem, entre outros objetivos, o de integrar e coordenar os serviços de saúde de forma a garantir uma assistência mais integral e contínua aos cidadãos, além de otimizar o uso dos recursos disponíveis (TOFANI *et al.*, 2021). Em consonância, a consolidação da Região de Saúde como um modelo regionalizado de organização do sistema de saúde, busca promover a coordenação dos serviços, ao mesmo tempo em que integra redes temáticas prioritárias (VIANA *et al.*, 2018).

A RAPS enquanto uma das áreas temáticas, é uma estratégia organizativa que se concentra em atender às necessidades de saúde mental e também aborda questões relacionadas ao uso abusivo de substâncias como crack, álcool e outras drogas, com uma abordagem integral, incluindo prevenção, promoção, tratamento e reabilitação. Se baseia em uma lógica de trabalho em rede, envolvendo diferentes instituições e setores da sociedade, e é implementada levando em consideração as características e necessidades específicas de cada território.

2.4 A Rede de Atenção Psicossocial

A PNSM no Brasil teve origem na década de 1980 e foi influenciada por movimentos sociais e pela luta por uma abordagem mais humanizada e comunitária no cuidado em saúde mental. Desde então, verifica-se avanços na expansão de serviços comunitários e uma mudança positiva nas práticas clínicas, representando uma transformação significativa no paradigma de cuidado em saúde mental (COELHO *et al.*, 2022).

A assistência em saúde mental é oferecida em diversos pontos de atenção e em diferentes níveis de complexidade que buscam a inserção do usuário no sistema de saúde de forma humanizada, integral e de preferência em serviços comunitários de saúde mental. A estruturação da saúde mental no âmbito do SUS foi representada na Portaria do Ministério da Saúde nº 3088 de 2011 com a instituição da RAPS, fortalecendo um novo modelo de atenção à saúde voltado para o cuidado integral de configuração territorial e comunitária (AMADEI *et al.*, 2023).

De acordo com a nova forma de organização do sistema de saúde, a RAPS é constituída por sete dispositivos com diferentes níveis de complexidade: Atenção Primária de Saúde (APS), que comporta as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), as Equipes de Consultórios na Rua e os Centros de Convivência e Cultura; Atenção Especializada, que conta com os CAPS em suas diversas modalidades - CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ad II, CAPS ad III e CAPS infanto-juvenil; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização como os Serviços Residenciais Terapêuticos e o Programa de Volta para Casa; e Reabilitação Psicossocial (LIMA; GUIMARÃES, 2019).

O componente da RAPS que comporta a APS são as UBS. Essas desempenham um papel central no cuidado em saúde mental enquanto porta de entrada para o sistema de saúde, oferecendo atenção integral às pessoas, considerando não apenas as condições de saúde mental, mas também os determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. Estão integradas com outros serviços de saúde mental e com a rede de serviços da RAPS. Isso garante que os pacientes recebam cuidados contínuos e adequados, mesmo quando precisam de serviços especializados. As equipes multiprofissionais, incluindo aquelas que compõem o NASF, têm a responsabilidade de desenvolver uma série de ações que abrangem promoção, prevenção, cuidado e redução de danos (OLIVEIRA, 2021).

A integração das ações de saúde mental na APS é resultado de constantes avanços de dois movimentos significativos: a Reforma Sanitária, que proporcionou o direito e acesso à saúde de forma igualitária e coletiva para todos, e a Reforma Psiquiátrica Brasileira, que reconduziu à sociedade indivíduos em aflições de natureza psicológica rejeitados pela comunidade e do padrão de sanidade instituído (GONÇALVES JÚNIOR; TOBIAS; TEIXEIRA, 2019). Como o primeiro atendimento disponibilizado aos usuários para acolhimento no sistema público de saúde, é primordial que a APS esteja embasada nos princípios do SUS, recebendo e cuidando de todos igualmente, de maneira responsável e humanizada.

Os CAPS são pontos de atenção especializada, destinados ao atendimento de pessoas com transtornos mentais, seja em situações de crise ou no estágio de reabilitação psicossocial, conforme a PNSM no Brasil. Embora tenham sido oficialmente regulamentados pela Portaria nº 336/GM em 2002, alguns centros já funcionavam em alguns municípios do país. Existem três categoriais principais denominadas CAPS I, CAPS II e CAPS III, que variam de acordo com a capacidade de atendimento e o aporte populacional do município. Além dos CAPS tradicionais, a portaria também regulamentou os CAPSi, que são voltados para assistência de crianças e adolescentes e os CAPS AD, que têm como objetivo o cuidado de pessoas que enfrentam sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool e outras drogas que teve suas primeiras definições na Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (GARCIA; REIS, 2018).

Os CAPS oferecem serviços de caráter ambulatorial e são baseados na concepção de territorialidade. Isso significa que eles estão inseridos na comunidade e buscam uma abordagem mais integrada, considerando a singularidade de cada indivíduo no seu respectivo contexto de vida, e promovendo ações de cuidado no próprio ambiente de moradia desses usuários (LIMA; GUIMARÃES, 2019). O tratamento nesses centros pode ocorrer em diferentes modalidades, como intensiva, semi-intensiva ou não-intensiva, conforme definido no Projeto Terapêutico Singular (PTS), ferramenta de tratamento elaborada por um profissional com a participação do usuário. Essas diferentes modalidades de CAPS visam atender às necessidades específicas da população em cada contexto, proporcionando um cuidado integral, contínuo e adequado no âmbito da saúde mental (TREVISAN e CASTRO, 2019).

De acordo com as especificidades das distintas modalidades, o CAPS I é apropriado para municípios com população superior à vinte mil habitantes, enquanto o

CAPS II é destinado a territórios com população maior que setenta mil habitantes. Ambas as modalidades de centro oferecem assistência multiprofissional e cuidado terapêutico abrangendo todas as faixas etárias. O CAPS AD III, por sua vez, é indicado para regiões com população acima de duzentos mil habitantes. Nessa modalidade, o dispositivo funciona 24 horas por dia, os sete dias da semana, ofertando atendimento clínico e acolhimento noturno conforme regimento. O CAPS AD é a unidade destinada ao tratamento de transtornos mentais relacionados ao uso de álcool e outras drogas, comportando o público adulto e infantojuvenil. Podem ocorrer nas modalidades II e III com diferenciação na quantidade e leitos ofertados. Por fim, o CAPSi é um serviço específico para atenção a crianças e adolescentes com transtornos mentais, assim como aqueles que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. É indicado para regiões com quantitativo populacional superior a cento e cinquenta mil habitantes (CONCEIÇÃO *et al.*, 2018).

O CAPS desempenha um papel fundamental no cuidado e assistência às pessoas em sofrimento psíquico e decorrente do uso abusivo de substâncias psicoativas. Além de oferecer atendimento individual e em grupo, abrangem diversas modalidades de cuidado multiprofissional. Um dos elementos centrais da atenção ao usuário e à família é a elaboração do PTS. Esse plano é desenvolvido por meio do diálogo entre a equipe multiprofissional, usuário e familiares, com o propósito de compreender as necessidades e demandas do usuário e definir as intervenções e atividades terapêuticas adequadas para cada caso (ROCHA; LUCENA, 2018).

No atendimento individual é realizada administração de medicamentos quando necessário, psicoterapia, orientação e outros tipos de abordagens terapêuticas. O atendimento em grupo também é uma prática comum nesses centros e pode envolver diferentes modalidades de grupos terapêuticos, como psicoterapia em grupo, grupos operativos e atividades de suporte social. Esses grupos visam promover a troca de experiências, o apoio mútuo e o fortalecimento dos vínculos sociais. Nas oficinas terapêuticas os usuários podem desenvolver atividades de caráter terapêutico, contribuindo para o desenvolvimento de habilidades, o estímulo à autonomia e a promoção da integração social (BRASIL, 2002).

Além da função assistencial em saúde mental, os centros de atenção desempenham um papel de gerência no território em que estão inseridos. Isso significa que eles têm a responsabilidade de organizar a demanda e a rede de cuidados em saúde mental, atuando como reguladores da porta de entrada da assistência. Os CAPS supervisionam e capacitam

as equipes de atenção básica, assim como outros programas e serviços de saúde mental, visando a qualificação da assistência em todo o sistema de saúde, bem como oferecem uma ampla gama de serviços e atividades, buscando uma abordagem integral e humanizada no cuidado às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2002).

Na RAPS, a atenção de urgência e emergência em saúde mental é realizada por meio de diferentes pontos de atenção, como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU), dispositivos de Sala de Estabilização, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, UBS e outros dispositivos com suporte necessário para esse tipo de cuidado. Esses pontos de atenção desempenham um papel fundamental no acolhimento, na classificação de risco e na prestação de cuidados imediatos em situações de urgência e emergência em saúde mental fazendo a articulação com os demais serviços para garantir a continuidade do cuidado após o primeiro atendimento (GARCIA; REIS, 2018).

A atenção residencial de caráter transitório é mais um dispositivo da RAPS, responsável por atender às necessidades de pessoas com problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas, bem como para aquelas em situação de vulnerabilidade social e/ou familiar. Existem duas modalidades principais de atenção residencial: UA e Serviço de Atenção em Regime Residencial. A indicação para o acolhimento nas modalidades de atenção residencial é de responsabilidade da equipe dos CAPS. A elaboração do PTS é essencial nesse processo, pois contribui para a definição das necessidades individuais e das intervenções adequadas (BRASIL, 2011).

As UAs têm um caráter terapêutico e protetivo, visando proporcionar apoio, cuidado e a reintegração social das pessoas acolhidas. É destinada para adultos (acima de dezoito anos) e infantojuvenil (idade entre doze e dezoito anos), com permanência limitada de até seis meses. A segunda modalidade citada é representada pelas Comunidades Terapêuticas, as quais oferecem atenção especial por um período de até nove meses. Essas são direcionadas para pessoas em situação estável, que necessitam de um ambiente protegido e estruturado para a recuperação de problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas (BRASIL, 2011).

O SRT enquanto estratégia de desinstitucionalização, é projetado para oferecer um ambiente de moradia seguro e acolhedor para pessoas egressas de internações ininterruptas de longa permanência (dois anos ou mais). Devem estar inseridos na comunidade, permitindo que os residentes participem ativamente da vida social local e tenham acesso aos recursos e serviços disponíveis na região. Outra estratégia foi o

Programa de Volta para Casa, instituído pela Lei 10.708 de julho de 2003, regulamentada pela Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Esse programa tem como objetivo principal auxiliar na reintegração social de pessoas egressas de internações de longa permanência. O suporte financeiro pode ser utilizado para a promoção da autonomia, o acesso a serviços de saúde, aquisição de medicamentos, apoio psicossocial e outras necessidades que contribuam para a reinserção social da pessoa atendida. Vale ressaltar que essas estratégias devem ser implementadas de forma integrada com os demais serviços da RAPS (BRASIL, 2017).

A transição da assistência em saúde mental de um modelo baseado em hospitais psiquiátricos para um modelo de cuidados de base territorial e comunitária é uma mudança significativa e fundamental na abordagem do tratamento e cuidado de pessoas com transtornos mentais e necessidades relacionadas ao uso de álcool e outras drogas. A gradativa consolidação desse novo modelo de cuidados significa que a atenção em saúde mental está se afastando do modelo asilar e isolado dos hospitais psiquiátricos, em direção a uma abordagem mais inclusiva e participativa. Isso implica em um maior investimento na criação e fortalecimento de redes de cuidado, na ampliação dos serviços comunitários, na desospitalização progressiva e na garantia de acesso a tratamentos ambulatoriais, psicossociais e multiprofissionais. Essa mudança de paradigma reflete uma compreensão mais ampla da saúde mental como um direito humano, que requer ações coletivas, participação da comunidade e enfoque na promoção da cidadania e da qualidade de vida das pessoas.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar a Rede de Atenção à Saúde Mental do município de Limoeiro-PE, no que diz respeito à organização e articulação dos serviços.

3.2 Objetivos específicos

- Exibir a disposição da RAPS à nível regional;
- Apresentar o fluxo assistencial em saúde mental instalado no município;
- Compreender a articulação intersetorial dos pontos de atenção da RAPS

4 MÉTODO

4.1 Desenho do estudo

Este é um estudo descritivo e exploratório, sendo realizado em forma de um estudo de caso de cunho qualitativo, com a utilização de entrevistas semiestruturadas e análise documental.

Nesse método, a unidade de análise é fundamental, pois representa o foco central da investigação. É a entidade específica que está sendo estudada para entender um fenômeno ou processo baseado nos objetivos do estudo. A unidade trata-se de um indivíduo, um coletivo, um programa, a organização de um sistema, dentre outros exemplos (HOLANDA, RIBEIRO; DE JESUS, 2020).

4.2 Local e período

A pesquisa foi realizada nos meses de abril e maio de 2024, no município de Limoeiro-PE. Ele localiza-se a 77 km da capital (Recife), precisamente na região do Agreste do estado de Pernambuco, tendo como vias de acesso, as BR-232 e BR-408 e as PE- 50 e PE 90, respectivamente. Município urbano, porém, com aglomerados caracterizados por atividades rurais, é considerado polo regional do agreste, sendo sede da II GERES. Dados estimados do Censo Demográfico de 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indicam que o município conta com aproximadamente 56.510 habitantes (IBGE, 2023).

No que se refere ao setor saúde, Limoeiro sedia a II GERES que é responsável por 20 municípios do Agreste Setentrional, sendo a saúde mental municipal referência para oito desses municípios. Além do Hospital Regional José Fernandes Salsa, a cidade conta com a UPA. Na rede privada conveniada, tem o Hospital do Vale, Hospital Memorial Limoeiro, clínicas, consultórios e laboratórios.

Quanto a RAPS, o município dispõe de CAPS ad III, UA, RT e ASM. Como porta de entrada do SUS, a APS de Limoeiro é composta por 20 Equipes de Saúde da Família (ESF) e 19 UBS distribuídas em três territórios de atuação.

4.3 Participantes do estudo

Os critérios de inclusão para os gestores e profissionais foram estabelecidos conforme a posição que os participantes ocupavam na RAPS. Quanto aos gestores, foram incluídos os que exerciam funções de gestão municipal de saúde e das coordenações dos serviços da RAPS. Entre os profissionais, foram considerados os que prestavam atendimento contínuo aos usuários, considerando diferentes categorias profissionais, apresentadas no Quadro 1, com a finalidade de contemplar diferentes percepções sobre a RAPS. Assim como foram incluídos no estudo documentos que possuíam informações pertinentes ao estudo. Os critérios de exclusão foram tempo de atuação inferior a 1 ano para os profissionais e gestores, bem como documentos incompletos.

Quadro 1

Caracterização dos participantes do estudo da Rede de Atenção Psicossocial. Limoeiro, Pernambuco, Brasil, 2024.

Participantes	Categoria Profissional	Escolaridade	Vínculo profissional na saúde	Tempo de serviço na saúde mental	Competência no serviço
G1	Odontologia	Especialista	Concursado	11 a 15 anos	Gestão
G2	Enfermagem	Especialista	Contrato Administrativo	6 a 10 anos	Gestão
G3	Psicologia	Mestre	Cargo comissionado	16 ou mais	Gestão
G4	Enfermagem	Especialista	Cargo comissionado	6 a 10 anos	Gestão
G5	Psicologia	Mestre	Cargo comissionado	11 a 15 anos	Gestão
G6	Psicologia	Especialista	Concursado	6 a 10 anos	Gestão
A1	Enfermagem	Especialista	Contrato administrativo	1 a 5 anos	Assistência
A2	Psicologia	Especialista	Contrato administrativo	1 a 5 anos	Assistência
A3	Arteeducador	Especialista	Contrato administrativo	1 a 5 anos	Assistência
A4	Psiquiatria	Especialista	Contrato administrativo	6 a 10 anos	Assistência

Fonte: Autoria própria.

4.4 Coleta de dados

As técnicas utilizadas para obter o material empírico foram entrevistas semiestruturadas e análise documental. Ao combinar mais de uma fonte de dados para verificar e validar as descobertas, pode-se obter uma compreensão mais completa e confiável do caso em estudo (HOLANDA, RIBEIRO; DE JESUS, 2020).

O roteiro das entrevistas (APÊNDICE A) abrangeu questões relacionadas à estrutura, funcionamento e atores influentes da RAPS, bem como a articulação entre os serviços municipais e intersetoriais. Também foram abordadas perspectivas em relação ao funcionamento ideal preconizado pela PNSM.

A coleta foi realizada nos principais serviços que prestam cuidados em saúde mental: Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com a participação dos gestores responsáveis pela organização e planejamento da RAPS municipal, no CAPS ADIII com enfoque na visão da gestão e da assistência, na UA e na RT. Ao combinar entrevistas com diferentes atores envolvidos na RAPS com a análise de documentos relevantes, foi possível obter uma visão abrangente do panorama da saúde mental, considerando diferentes perspectivas e contextos de atuação.

O contato com os participantes iniciou individualmente, via e-mail, com apresentação da proposta do estudo, seguida do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE, para maior detalhamento da pesquisa. Após retorno aceitando participar, foram combinados horário e data para a realização da entrevista. Esta, consistiu em perguntas relacionadas à estrutura e dinâmica de funcionamento dos serviços, articulação entre os serviços da RAPS e articulação intersetorial e perspectivas sobre possibilidades e enfrentamentos para o desenvolvimento ideal da RAPS e da Política de Saúde Mental no município.

O local de realização das entrevistas foi escolhido levando em consideração a maior comodidade dos entrevistados e a menor possibilidade de interrupções por ruídos, pessoas ou outros elementos que pudessem interferir na entrevista. Os locais variaram de acordo com o tipo de serviço, incluindo salas de atendimento aos usuários, salas de reunião e gabinetes particulares. Foi estabelecido um tempo máximo de duração de 30 minutos para as entrevistas.

Durante as entrevistas foram formulados questionamentos dentro do assunto tratado, com o objetivo de incentivar os entrevistados a falarem mais sobre o tema, especialmente se não o fizessem espontaneamente. Além das questões do roteiro predefinido, também foram registradas as identificações dos entrevistados quanto à profissão, gênero, escolaridade, vínculo profissional na saúde, tempo de serviço na saúde mental e competência no serviço, garantindo o registro adequado das informações coletadas.

As entrevistas foram realizadas com dois grupos de participantes: gestores e profissionais atuantes na assistência. A seleção dos participantes foi definida com base na técnica metodológica *Snowball* (“Bola de Neve”), essa é especialmente útil em pesquisas qualitativas, estudos de caso e pesquisas exploratórias, onde o objetivo é obter uma compreensão mais profunda de um fenômeno específico. Nesse método, o pesquisador começa com um participante inicial, que é recrutado por conveniência, que nesse caso foi

a Coordenadora de Saúde Mental, sendo apontados 10 informantes estratégicos integrantes dos diversos serviços que compõem a RAPS, seja na função de gestor ou da assistência, para colaborar com a pesquisa. As entrevistas foram gravadas em formato de áudio MP3 para posterior transcrição.

Também foram captados documentos chaves para a criação, organização e funcionamento da RAPS (Quadro 2).

Quadro 2

Documentos analisados no estudo da Rede de Atenção Psicossocial. Limoeiro, Pernambuco, Brasil, 2024.

Documentos	Ano	Finalidade	Utilidade
Projeto Terapêutico CAPSad III – CAPIBARIBE	2012	Implantação do CAPS ad III regional	Retirado informações a respeito da estrutura, funcionamento, fluxo interno e intermunicipal, rotina do serviço e seu fluxo intersetorial e intermunicipal.
Projeto Unidade de Acolhimento Adulto	2016	Implantação da Unidade de Acolhimento	Retirado o modelo de funcionamento, a composição da equipe atuante, a rotina de funcionamento e seu fluxo intersetorial.
Mapa de Saúde da II Regional de Saúde de Pernambuco	2021	O Mapa trata-se de um importante instrumento de gestão que busca descrever geograficamente a distribuição de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema.	Retirado o desenho da RAPS da II Regional de Saúde, a distribuição dos equipamentos de Saúde Mental no Território e os serviços instalados nos municípios de referência.
Mapa Regional de Saúde do Estado de Pernambuco – Instrutivo nº 01	2022	Dispõe de informações da capacidade instalada da rede existente, dos investimentos, do desempenho aferido a partir da série histórica dos indicadores assistenciais e de saúde, indicadores sociodemográficos e econômicos, de forma a possibilitar a análise da situação de saúde em cada território.	Retirado informações atualizadas referentes aos componentes da RAPS.
Resolução CIR* Nº 12	2024	Aprova a remodelagem da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na II Região de Saúde, do Estado de Pernambuco.	Atualização do Desenho da RAPS da II Regional de Saúde.

Fonte: Autoria própria.

4.5 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada através da técnica de Análise de Conteúdo Temática proposta por Bardin. A análise das entrevistas foi feita em três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2016, p. 48).

Na pré-análise, a transcrição das entrevistas foi realizada na íntegra, seguida por uma leitura flutuante. Essa abordagem permitiu capturar impressões e orientações acerca do conteúdo, de modo a compreender o sentido das informações e organizar aspectos importantes de forma não estruturada. A pesquisadora pôde mergulhar no material coletado com foco em explorar o conteúdo de maneira mais flexível, permitindo que temas e insights se destacassem de maneira natural. Essa abordagem inicial permitiu uma compreensão mais profunda dos dados antes de se iniciar uma análise mais estruturada e formal.

Em seguida, foram selecionadas as unidades de registro, que são recortes do texto que potencialmente respondem ao objetivo do estudo. Em seguida, ocorreu a codificação por meio de uma leitura exaustiva, agrupando as unidades de registro de acordo com semelhanças de ideias (constância) e também pela relevância implícita (temas importantes que não se repetem em outros relatos). Por fim, essa codificação embasou a categorização, que permitiu reduzir a complexidade dos conteúdos para uma melhor compreensão da realidade investigada, favorecendo inferências e a interpretação dos resultados (BARDIN, 2016).

As categorias principais foram delimitadas previamente à entrevista, servindo inclusive de parâmetro para a construção das perguntas no roteiro de entrevista. Foram elas: Desenho da RAPS a nível regional e as pactuações intermunicipais; Organização e fluxo dos serviços de saúde mental de Limoeiro; Articulação intersetorial da RAPS. Os dados coletados nas entrevistas foram cruzados com os documentos obtidos na investigação documental, sendo utilizados para embasar oficialmente as informações adquiridas nas entrevistas e complementá-las.

Na dimensão desenho da RAPS a nível regional e as pactuações intermunicipais, foi considerada a visão macro da II Região de Saúde, incluindo o processo da sua implantação, as resoluções de implantação dos serviços e a organização de forma regionalizada da RAPS. A dimensão organização e fluxo dos serviços de saúde mental de Limoeiro considerou a disponibilidade dos serviços de saúde mental com atendimento aos usuários, sendo avaliado a estrutura da rede e a identificação dos fluxos assistenciais entre os diversos serviços integrantes. A dimensão articulação intersetorial da RAPS teve por interesse a análise da articulação do cuidado entre os diversos serviços integrantes da rede. O processo analítico dessa dimensão tomou como correspondência os mecanismos

de comunicação, referência e contrarreferência estabelecidos e a integração entre os diversos pontos de atenção.

4.6 Aspectos éticos

A realização da pesquisa obedeceu aos preceitos éticos conforme preconiza a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas com seres humanos. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), tendo sido aprovado com nº do parecer 2.356.348 e CAAE 74417317.5.0000.5208. A coleta de dados só foi iniciada após aprovação da pesquisa pelo CEP e devida assinatura do TCLE (ANEXO I).

5 RESULTADOS

Os resultados obtidos por meio desta pesquisa foram dispostos no formato de artigo, intitulado: “*REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM MUNICÍPIO SEDE DE REGIÃO DE SAÚDE: UMA ANÁLISE DA SUA ORGANIZAÇÃO E ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL*”. Este buscou fornecer uma visão sobre a organização e os processos de articulação do cuidado da RAPS do município de Limoeiro-PE, sede da II GERES.

5.1 Artigo: REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM MUNICÍPIO SEDE DE REGIÃO DE SAÚDE: UMA ANÁLISE DA SUA ORGANIZAÇÃO E ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL

Michelly Caroliny de Oliveira Rodrigues¹
Petrônio José de Lima Martelli²

RESUMO

Este estudo visa fornecer uma visão abrangente sobre a organização e os processos de articulação do cuidado da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Limoeiro-PE, sede da 2ª Gerência Regional de Saúde. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, realizado em forma de estudo de caso qualitativo. Os resultados evidenciaram que a estrutura insuficiente da RAPS e a articulação restringida dos dispositivos e dos fluxos intra e intermunicipais constituem-se em limitantes para o desenvolvimento do cuidado integral e longitudinal em saúde mental nesta região de saúde. O diagnóstico realizado poderá subsidiar o aprimoramento do planejamento governamental acerca do sistema de saúde mental de Limoeiro possibilitando que pesquisas futuras possam aprofundar as análises realizadas.

Palavras-chave: Serviços de saúde mental. Rede de Atenção Psicossocial. Necessidades e demandas de serviços de saúde. Fluxo de Trabalho. Intersetorialidade.

PSYCHOSOCIAL CARE NETWORK IN A CITY THAT IS THE SEAT OF A HEALTH REGION: AN ANALYSIS OF ITS ORGANIZATION AND INTERSECTORAL ARTICULATION

ABSTRACT

This study aims to provide a comprehensive view of the organization and processes of articulation of care in the Psychosocial Care Network (RAPS) of the municipality of Limoeiro-PE, headquarters of the 2nd Regional Health Management. This is a descriptive and exploratory study, carried out in the form of a qualitative case study. The results showed that the insufficient structure of the RAPS and the restricted articulation of intra and intermunicipal devices and flows constitute limitations for the development of comprehensive and longitudinal mental health care in this health region. The diagnosis carried out may subsidize the improvement of government planning about the mental health system of Limoeiro, enabling future research to deepen the analyses carried out.

¹ Mestre em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE, Brasil;
E-mail: michelly.caroliny@ufpe.br
ORCID: 0000-0003-4268-321X

² Doutor em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães (FIOCRUZ), Recife, PE, Brasil;
Professor associado da área acadêmica de Saúde Coletiva e pesquisador nas áreas de política, gestão e planejamento;
ORCID: 0000-0001-6920-6435

Keywords: Mental health services. Psychosocial Care Network. Health service needs and demands. Workflow. Intersectorality.

RED DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN UNA CIUDAD SEDE DE UNA REGIÓN SANITARIA: UN ANÁLISIS DE SU ORGANIZACIÓN Y ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo proporcionar una visión integral de la organización y los procesos de articulación de la atención en la Red de Atención Psicosocial (RAPS) del municipio de Limoeiro-PE, sede de la 2ª Gerencia Regional de Salud. Se trata de un estudio descriptivo y exploratorio, realizado en forma de estudio de caso cualitativo. Los resultados mostraron que la insuficiente estructura de los RAPS y la restringida articulación de dispositivos y flujos intra e intermunicipales constituyen limitaciones para el desarrollo de la atención integral y longitudinal en salud mental en esta región de salud. El diagnóstico realizado puede subvencionar la mejora de la planificación gubernamental sobre el sistema de salud mental de Limoeiro, lo que permitirá futuras investigaciones para profundizar en los análisis realizados.

Palabras-clave: Servicios de salud mental. Red de Atención Psicosocial. Necesidades y demandas de servicios de salud. Flujo de trabajo. Intersectorialidad.

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM MUNICÍPIO SEDE DE REGIÃO DE SAÚDE: UMA ANÁLISE DA SUA ORGANIZAÇÃO E ARTICULAÇÃO INTERSECTORIAL

Introdução

A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) representa uma mudança paradigmática na abordagem da saúde mental no país, rejeitando a lógica de isolamento e exclusão dos indivíduos em sofrimento psíquico e promovendo uma transformação significativa na forma como esses indivíduos são tratados e apoiados. Essas mudanças tiveram um impacto profundo na maneira como o sistema de saúde e as políticas de saúde mental são concebidos e implementados no país (SILVA, 2019).

Com a promulgação da Lei 10.216/2001, conhecida como Lei Antimanicomial, é fortalecido no território brasileiro a transformação no paradigma de assistência em saúde mental. A partir da instituição das Redes de Atenção em Saúde (RAS), é consolidado um novo modelo de atenção à saúde (AMADEI *et al.*, 2023). O cuidado em saúde mental se configurou na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), criada em 2011 pela Portaria nº 3.088, como uma iniciativa que visava priorizar a atenção comunitária, a inclusão social e a humanização do tratamento para pessoas com transtornos mentais e necessidades

relacionadas ao uso de substâncias psicoativas (NÓBREGA; MANTOVANI; DOMINGOS, 2020).

O processo de municipalização da saúde foi um avanço na perspectiva de expansão dos serviços, melhor gerenciamento da assistência e participação social. Limoeiro sedia a 2ª Gerência Regional de Saúde (II GERES) com a responsabilidade de apoiar e supervisionar 20 municípios da referida região, dos quais a sede é responsável pelo cuidado em saúde mental de 8 desses municípios. Dispõe de rede de atendimento e acolhimento em saúde mental segundo a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM). Mesmo diante da implantação dos serviços, o funcionamento da RAPS municipal é desconhecido, sinalizando à necessidade de desenvolvimento de pesquisas que contribuam para o debate regional e para uma melhor interlocução entre os diversos pontos de atenção que compõe a rede assistencial em saúde mental.

A avaliação da estrutura e do processo de atenção em saúde mental é fundamental para o fortalecimento da RAPS e a efetiva implementação da política de desinstitucionalização. Nesse sentido, este artigo objetivou analisar a organização da Rede de Atenção à Saúde Mental do município de Limoeiro-PE, no que diz respeito a sua estrutura e funcionalidade. A partir disso, será possível subsidiar o aprimoramento do planejamento governamental acerca das práticas e dos serviços da RAPS condizentes com as diretrizes do novo modelo assistencial em saúde.

Método

Este é um estudo descritivo e exploratório, sendo realizado em forma de um estudo de caso de cunho qualitativo, com a utilização de entrevistas semiestruturadas e análise documental.

O estudo foi realizado nos meses de abril e maio de 2024, no município de Limoeiro-PE. Município urbano, porém, com aglomerados caracterizados por atividades rurais, é considerado polo regional do agreste, sendo sede da II GERES. Dados estimados do Censo Demográfico de 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indicam que o município conta com aproximadamente 56.510 habitantes. (IBGE, 2022).

Desde 2012, vivencia a expansão da rede de cuidados em saúde mental, desencadeada, principalmente, após a implantação do CAPS AD III Capibaribe. Com isso, foram criados novos dispositivos de cuidado, a exemplo da unidade de acolhimento

e serviço residencial terapêutico para atuarem em consonância com a atenção básica, o ambulatório de saúde mental e os leitos psiquiátricos, resultando na reorganização dos modelos de cuidado desenvolvidos.

As técnicas utilizadas para obter o material empírico foram entrevistas semiestruturadas e análise documental. O roteiro das entrevistas abrangeu questões relacionadas à estrutura, funcionamento e atores influentes da RAPS, bem como a articulação entre os serviços municipais e intersetoriais. Também foram abordadas perspectivas em relação ao funcionamento ideal preconizado pela PNSM. A coleta foi realizada nos principais serviços que prestam cuidados em saúde mental: Secretaria de Saúde com a participação dos gestores responsáveis pela organização e planejamento da RAPS municipal, no Centro de Atenção Psicossocial ADIII (CAPS ADIII) com enfoque na visão da gestão e da assistência, na Unidade de Acolhimento (UA) e no Serviço Residencial Terapêutico (SRT). Ao combinar entrevistas com diferentes atores envolvidos na RAPS, análise de documentos relevantes e observação direta dos serviços em funcionamento, foi possível obter uma análise abrangente do panorama da saúde mental, considerando diferentes perspectivas e contextos de atuação.

As entrevistas foram realizadas com dois grupos de participantes: gestores e profissionais atuantes na assistência. A seleção dos participantes foi definida com base na técnica metodológica Snowball (“Bola de Neve”). Nesse método, o pesquisador começa com um participante inicial, que é recrutado por conveniência, nesse caso foi a Coordenadora de Saúde Mental, sendo apontados 10 informantes estratégicos integrantes dos diversos serviços que compõem a RAPS, seja na função de gestor ou da assistência, para colaborar com a pesquisa. Como também foram analisados documentos, listados no Quadro 1, que corroboraram com o objetivo da pesquisa.

Os critérios de inclusão para os gestores e profissionais foram estabelecidos conforme a posição que os participantes ocupavam na RAPS, apresentadas no Quadro 2. Quanto aos gestores, identificados pela letra “G”, foram incluídos os que exerciam funções de gestão municipal de saúde e das coordenações dos serviços da RAPS. Entre os profissionais assistenciais, identificados pela letra “A”, foram considerados os que prestavam atendimento contínuo aos usuários, considerando diferentes categorias, com a finalidade de contemplar as diferentes percepções a atuação. Assim como documentos que possuíam informações pertinentes ao estudo. Os critérios de exclusão foram tempo

de atuação inferior a 1 ano para os profissionais e gestores, bem como documentos incompletos.

Para os procedimentos de análise foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo Temática proposta por Bardin. A análise das entrevistas foi feita em três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2016). As categorias principais foram delimitadas previamente à entrevista, servindo inclusive de parâmetro para a construção das perguntas no roteiro de entrevista. As categorias principais foram delimitadas previamente à entrevista, servindo inclusive de parâmetro para a construção das perguntas no roteiro de entrevista. Foram elas: Desenho da RAPS a nível regional e as pactuações intermunicipais; Organização e fluxo dos serviços de saúde mental de Limoeiro; Articulação intersetorial da RAPS. Os dados coletados nas entrevistas foram cruzados com os documentos obtidos na investigação documental, sendo utilizados para embasar oficialmente as informações adquiridas nas entrevistas e complementá-las.

Quadro1

Documentos analisados no estudo da Rede de Atenção Psicossocial. Limoeiro, Pernambuco, Brasil, 2024.

Documentos	Ano	Finalidade	Utilidade
Projeto Terapêutico CAPSad III – CAPIBARIBE	2012	Implantação do CAPS ad III regional	Retirado informações a respeito da estrutura, funcionamento, fluxo interno e intermunicipal, rotina do serviço e seu fluxo intersetorial e intermunicipal.
Projeto Unidade de Acolhimento Adulto	2016	Implantação da Unidade de Acolhimento	Retirado o modelo de funcionamento, a composição da equipe atuante, a rotina de funcionamento e seu fluxo intersetorial.
Mapa de Saúde da II Regional de Saúde de Pernambuco	2021	O Mapa trata-se de um importante instrumento de gestão que busca descrever geograficamente a distribuição de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema.	Retirado o desenho da RAPS da II Regional de Saúde, a distribuição dos equipamentos de Saúde Mental no Território e os serviços instalados nos municípios de referência.
Mapa Regional de Saúde do Estado de Pernambuco – Instrutivo nº 01	2022	Dispõe de informações da capacidade instalada da rede existente, dos investimentos, do desempenho aferido a partir da série histórica dos indicadores assistenciais e de saúde, indicadores sociodemográficos e econômicos, de forma a possibilitar a análise da situação de saúde em cada território.	Retirado informações atualizadas referentes aos componentes da RAPS.
Resolução CIR* Nº 12	2024	Aprova a remodelagem da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na II Região de Saúde, do Estado de Pernambuco.	Atualização do Desenho da RAPS da II Regional de Saúde.

Fonte: Autoria própria. *CIR- Comissão Intergestores Regional.

Quadro 2

Caracterização dos participantes do estudo da Rede de Atenção Psicossocial. Limoeiro, Pernambuco, Brasil, 2024.

Participantes	Categoria Profissional	Escolaridade	Vínculo profissional na saúde	Tempo de serviço na saúde mental	Competência no serviço
G1	Odontologia	Especialista	Concursado	11 a 15 anos	Gestão
G2	Enfermagem	Especialista	Contrato Administrativo	6 a 10 anos	Gestão
G3	Psicologia	Mestre	Cargo comissionado	16 ou mais	Gestão
G4	Enfermagem	Especialista	Cargo comissionado	6 a 10 anos	Gestão
G5	Psicologia	Mestre	Cargo comissionado	11 a 15 anos	Gestão
G6	Psicologia	Especialista	Concursado	6 a 10 anos	Gestão
A1	Enfermagem	Especialista	Contrato administrativo	1 a 5 anos	Assistência
A2	Psicologia	Especialista	Contrato administrativo	1 a 5 anos	Assistência
A3	Arteeducador	Especialista	Contrato administrativo	1 a 5 anos	Assistência
A4	Psiquiatria	Especialista	Contrato administrativo	6 a 10 anos	Assistência

Fonte: Autoria própria.

Na dimensão desenho da RAPS a nível regional e as pactuações intermunicipais, foi considerada a visão macro da II Região de Saúde, incluindo o processo da sua implantação, as resoluções de implantação dos serviços e a organização de forma regionalizada da RAPS. A dimensão organização e fluxo dos serviços de saúde mental de Limoeiro considerou a disponibilidade dos serviços de saúde mental com atendimento aos usuários, sendo avaliado a estrutura da rede e a identificação dos fluxos assistenciais entre os diversos serviços integrantes. A dimensão articulação intersetorial da RAPS teve por interesse a análise da articulação do cuidado entre os diversos serviços integrantes da rede. O processo analítico dessa dimensão tomou como correspondência os mecanismos de comunicação, referência e contrarreferência estabelecidos e a integração entre os diversos pontos de atenção.

A realização da pesquisa obedeceu aos preceitos éticos conforme preconiza a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas com seres humanos. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), tendo sido aprovado com nº do parecer 2.356.348.

Resultados e discussão

Nesse capítulo será apresentada a RAPS regional, com ênfase no município-polo Limoeiro, dividida em seções oriundas da análise das entrevistas correlacionando-as às informações obtidas por meio dos documentos outrora mencionados, são elas: Desenho da RAPS a nível regional e as pactuações intermunicipais; Organização e fluxo dos

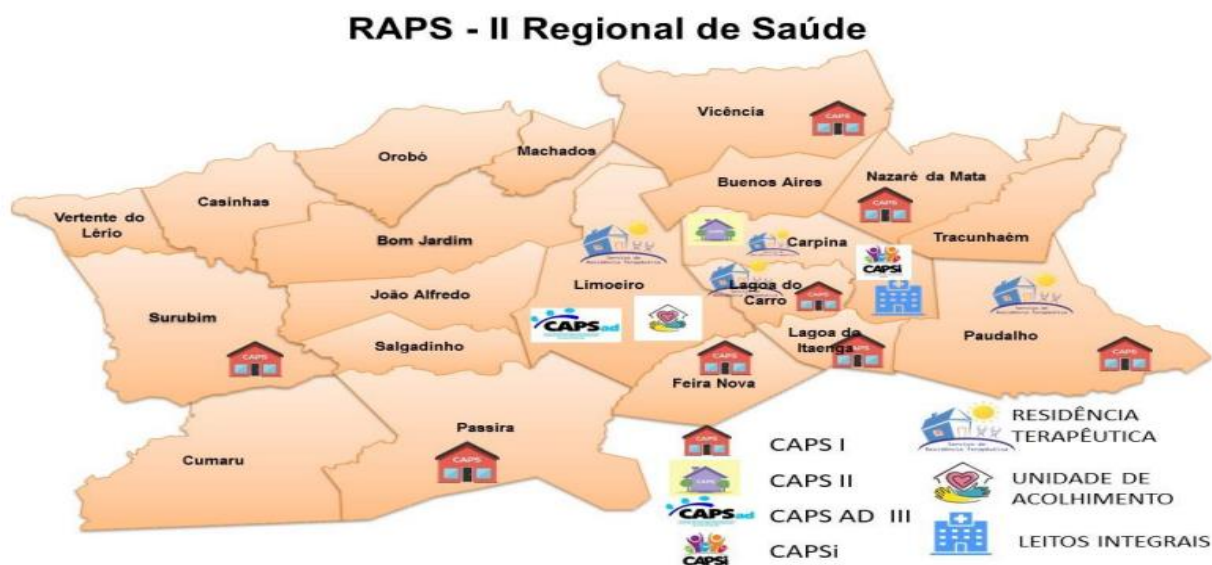
serviços de saúde mental de Limoeiro; Articulação intersetorial da RAPS. Assim, procuramos elucidar simetrias e contrastes entre as diretrizes da RAPS e o seu funcionamento no município de Limoeiro-PE.

Desenho da RAPS a nível regional e as pactuações intermunicipais

Para que os gestores de municípios de pequeno porte possam instalar pontos de atenção da RAPS é preciso existir uma análise que vai além do território municipal, mas que permanece sob a responsabilidade contínua dos gestores locais. É necessário a articulação entre as Comissão Intergestores Regional (CIR) para planejamento dos fluxos assistenciais e estabelecimento de protocolos de execução (GARCIA; SANTOS, 2022). Nesse sentido, a partir da Resolução CIB/PE nº 2.314, de 03 de junho de 2013, foram estabelecidas as diretrizes para a remodelagem da RAPS em Pernambuco, na perspectiva de aprimorar a oferta de serviços de saúde mental no estado. Na II GERES, a RAPS foi formalizada no ano de 2013, com a aprovação do Desenho da Rede de Atenção Psicossocial em uma reunião da CIR ordinária, conforme a resolução CIR nº 49, de 21 de outubro de 2013 e remodelada pela resolução CIR nº 12, de 22 de fevereiro de 2024.

Atualmente, o desenho da RAPS na II GERES organiza-se de forma regionalizada, considerando Limoeiro, Passira e Surubim como municípios-polo que funcionam como referência para os demais municípios apresentados na imagem que compõe a II Região de Saúde proporcionando suporte técnico e assistencial, conforme ilustrado na Figura 1. Limoeiro é referência para os municípios: Feira Nova, Orobó, Passira, Bom Jardim, Salgadinho, Machados e João Alfredo. Souza (2022), evidenciou em seu estudo, a pactuação intermunicipal como solução para o cuidado em saúde mental de municípios de pequeno porte com quantidade insuficiente de habitantes para implantação de CAPS.

Figura 1 - Desenho da RAPS da II GERES



Fonte: Mapa de Saúde da II Regional de Saúde de Pernambuco, 2021.

Pacientes que necessitam de tratamento em saúde mental na RAPS são encaminhados através de fluxos internos entre os municípios. As comunicações e interações ocorrem entre os coordenadores de Saúde Mental e/ou profissionais dos serviços de saúde, regulados por resolução CIR. Por meio da assinatura do Termo de Compromisso e Responsabilidade os municípios assumem uma parceria intermunicipal com o CAPS ad III. Garcia e Santos (2021), abordam a contratualização/pactuação como um elemento chave para a integração municipal. Esse processo envolve a formalização de contratos de gestão entre os municípios e a região de saúde à qual eles pertencem para definir as responsabilidades dos pactuantes.

“Na contrapartida dessa pactuação de abrangência regional, a gente solicita um técnico de referência no município e a garantia do transporte para realizar o traslado desses usuários e usuárias. A figura do técnico de referência do município é para que a equipe do CAPS consiga dialogar e construir esse PTS com o seu território de origem. Tendo em vista que esse usuário retorna para o seu município e a necessidade desse acompanhamento na sua cidade é importantíssima para a gente acompanhar o usuário aqui no CAPS.”
(G5)

É de responsabilidade do município pactuante garantir traslado para o usuário de acordo com a proposta terapêutica a ele atribuído durante a realização da triagem pela equipe do CAPS, como é trazido nas seguintes falas:

“Transporte é um grande entrave em vários municípios. E aí a gente tenta fazer esse diálogo. Às vezes acontece que o transporte por alguma limitação tenha atrasos e faltas. Em alguns casos a gente faz a hospitalidade noturna, algumas vezes o transporte não vem para o CAPS, a gente faz pernoite. Então, o que a gente tenta fazer é sempre a clínica sendo soberana.” (G5)

Diante dos achados foi possível perceber a dificuldade de adesão dos municípios pactuados com algumas obrigações a serem cumpridas, listadas no termo assinado. Dentre as principais estão: chegada do usuário ao serviço sem a presença do técnico de referência e problemas com o transporte. Pesquisas sobre a relação entre transporte e saúde ainda são iniciantes no que diz respeito à países latino-americanos. A falta de políticas que regulamentem o transporte intermunicipal de usuários faz com que esses sejam custeados por financiamento municipal, sendo insuficiente principalmente em municípios pequenos e do interior devido ao elevado custo, ou por meio de subsídio dos próprios usuários. O estudo na Região Ampliada de Saúde Oeste de Minas Gerais constatou que esse impasse de transporte ocasiona o tratamento ambulatorial de forma precária no próprio território ou o encaminhamento à hospitais psiquiátricos (GAMA *et al.*, 2020).

Organização e fluxo dos serviços de saúde mental de Limoeiro

O cuidado em saúde mental do município durante longa data se resumia ao atendimento ambulatorial e assistência da Atenção Básica (AB) de forma desestruturada. A RAPS do município de Limoeiro começou a ser organizada enquanto rede de atenção nos últimos 12 anos com a implantação do CAPS para o público de álcool e outras drogas, através de parceria entre o Governo Municipal e o Ministério da Saúde. Posteriormente, foram sendo instalados outros dispositivos expandindo e fortalecendo essa rede. Esse progresso tem estreita relação com as mudanças na gestão e nos atores políticos da cidade que apoiam a RPB e o cuidado em saúde mental centrado no território, como podemos observar:

“Nós fizemos um diagnóstico e, nesse diagnóstico foi identificado que Limoeiro era uma cidade que não tinha nenhuma experiência em saúde mental, a não ser ambulatório em Psicologia na policlínica. E fomos

buscar, a partir do Ministério da Saúde, a coordenação nacional de saúde mental, alguns serviços que começaram a dar corpo a nossa capacidade instalada” (G1).

O cenário municipal reflete o contexto nacional que por um lado vivencia a expansão dos serviços de saúde mental e por outro, persistem os desafios de uma assistência alinhada aos princípios do SUS e da RPB (ALMEIDA, 2019). A implementação e a ampliação de diversos pontos de atenção em saúde mental, reafirma o comprometimento da gestão com a PSNM. Este ordenamento visou aumentar a acessibilidade da população e a resolatividade das necessidades de saúde mental dos territórios. Gama *et al.*, (2021), abordam esse processo de construção da rede de atenção como sendo bastante complexo, por demandar comunicação entre diferentes pontos de atenção, bem como entre profissionais e gestores de diferentes serviços, além da necessidade de estabelecer fluxos em conjunto para garantir o atendimento integral.

A RAPS segundo a PNSM é organizada por meio de 07 componentes (PERNAMBUCO, 2022), no entanto, desse total, Limoeiro no momento do estudo, dispõe de 06 deles, não possuindo ainda a reabilitação psicossocial. Enquanto portas de entradas preferenciais, o município possui 19 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 22 equipes de saúde da família, responsáveis pelo acolhimento das demandas de saúde mental, bem como o encaminhamento, quando necessário, para os serviços especializados. Os profissionais fazem o mapeamento do território para identificar potenciais casos de saúde mental, como confirma as seguintes falas:

“Quando a gente fala de sofrimento mental e de transtornos, está ali muito banhado por condicionante social de saúde, então ali geralmente são fatores que vêm da própria família, do próprio território que mora. Então a gente já consegue visualizar quais são os territórios de maior vulnerabilidade. É importante que a nossa atenção básica esteja trabalhando em cima disso também” (G4).

“A gente conta com as unidades básicas de saúde, onde existe um matriciamento que é quando o responsável técnico do CAPS entra em contato com o enfermeiro da unidade básica, onde se faz uma visita, onde senta com a equipe, discute, conversa. Para ver se existe algum caso ali dentro do território onde precisa ter esse olhar da saúde mental e é a partir disso que a gente tem identificado muitos casos” (A1).

A AB é o serviço ordenador do cuidado, sendo um dos pilares da RAPS. No âmbito da saúde mental deve concentrar-se em ações individuais e coletivas para promoção, prevenção e redução de danos. No entanto, não foi mencionado a execução de atividades coletivas e comunitárias nesse setor, sendo o apoio matricial o maior destaque enquanto atividade desenvolvida com frequência entre os profissionais dos diferentes setores de saúde. Silva *et al.*, (2021), em seu estudo na cidade do Recife, verificou que o apoio matricial é a principal estratégia de interlocução entre a AB e o CAPS, possibilitando a corresponsabilização dos serviços e dessa forma, garantindo a resolutividade da assistência prestada.

A assistência especializada em saúde mental conta com a Policlínica Inacinha Duarte, onde funciona a rede de ambulatório em saúde mental, por meio do núcleo de psicologia. O plantão psicológico é diário e atende por demanda espontânea. Já a psicoterapia funciona mediante encaminhamento dos demais serviços da RAPS conforme identificado a necessidade. Conta também com o CAPS AD III, regulamentado em 2010 e funcionando a partir de 2012, sendo o segundo a ser implantado no estado de Pernambuco (LIMOEIRO, 2012). Este último disparou a organização da RAPS no município, uma vez que iniciou na lógica regional e já passou a desenvolver ações exitosas em seu território e na região. No entanto, ficou evidente a necessidade de implantação de um CAPS especializado para o público de transtorno mental.

“Essa equipe a qual eu integro cresceu muito nos últimos anos enquanto equipe. Mas ainda temos uma deficiência em Limoeiro do CAPS transtorno né. Hoje eu acho que a principal deficiência da RAPS Limoeiro é essa” (A4).

“Eu acredito que o CAPS transtorno vindo para cá vai ajudar muito, é a nossa dificuldade, né. Por não ter, o CAPS acaba dando suporte, mas acaba superlotando o CAPS porque é outra política. Aí fica misturando o CAPS AD e transtorno” (G6).

Foi constatado de forma unânime a preocupação dos gestores e profissionais com a necessidade de implantação do CAPS voltado para os transtornos mentais, diante da crescente procura de atendimento por esse público. A ausência desse serviço no município compromete a prestação de assistência ao transtorno, prejudicando o cuidado em saúde mental necessário e sobrecarregando os serviços existentes com a demanda que é acolhida e a mistura de políticas de tratamento distintas. Nessa condição pode-se inferir entraves

financeiros, visto que, o município possui uma proposta cadastrada no Ministério da Saúde para implantação do CAPS transtorno, mas depende da aprovação e repasse financeiro da União. Macedo *et al.*, (2017), destacam que a urgência de reinserir os usuários de longa internação na sociedade, inviabiliza a atenção necessária para os demais usuários que necessitam de tratamento, como o público de transtorno.

A UA, enquanto ponto de atenção residencial de caráter transitório, está diretamente vinculada ao CAPS AD III, sendo este serviço a sua porta de entrada, atuando enquanto espaço de moradia e institucional. É intenso o fluxo de usuários entre esses serviços, além de serem instituições vizinhas, ambos os serviços atuam de forma conjunta na terapêutica dos usuários. Filho (2023), em seu estudo sobre a unidade de acolhimento para dependentes químicos no Ceará, descreve que os usuários acolhidos na UA precisam de um CAPS de referência para formulação do projeto terapêutico de cada usuário e esse será acolhido nesse espaço de trocas sociais, garantido o tratamento em rede e territorial através da articulação com os demais serviços da rede de saúde.

A atenção de urgência e emergência foi composta pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e uma Unidade de Pronto Atendimento Estadual (UPAE). O fluxo assistencial e particularidades desses serviços não foram explorados nas falas dos participantes. O município também é constituído do Hospital Regional José Fernandes Salsa, o qual possui seis leitos integrais em sua emergência para atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Segundo Gama *et al.*, (2020), a oferta de leitos emergenciais é uma proposta baseada no modelo assistencial vigente para acolher os casos mais complexos sem resolução à nível de CAPS, reduzindo a necessidade de internações psiquiátricas hospitalares. Conta ainda com os leitos integrais de Carpina e de Vitória de Santo Antão, como detalhado na fala:

“A gente tem Carpina como suporte para o CAPS AD para as pessoas adultas que precisam fazer o processo de desintoxicação e a gente também tem o suporte do hospital de Vitória, João Murilo, que atende adolescentes” (G6).

Foi observado uma disparidade de informações quanto ao serviço de referência do público adolescente, alguns profissionais o desconheciam enquanto serviço pactuado com o município e outros defendiam o seu pertencimento aos fluxos de transferência, não sendo localizado documentos que comprovem a ligação do serviço à RAPS municipal. Esta situação corrobora com o estudo de Sampaio e Bispo Júnior (2021), no estado da

Bahia, em que foi evidenciado o desconhecimento dos profissionais acerca dos fluxos assistenciais e componentes da RAPS, comprometendo a eficácia do cuidado.

Como estratégia de desinstitucionalização o município possui um SRT que foi projetado para atender os municípios vizinhos, mas diante da desinstitucionalização estadual, o serviço expandiu a oferta de leitos para outras regiões. É um serviço criado para acolher usuários egressos de hospitais psiquiátricos e usuários pertencentes à rede municipal, que se encontram em estado de alta vulnerabilidade e estão em tratamento na RAPS por longos períodos, por meio de pactuação estadual com a coordenação municipal de saúde mental.

A Figura 2 apresenta o fluxo assistencial de saúde mental, detalhado anteriormente, de forma esquematizada.

Figura 2- Fluxo assistencial em saúde mental de Limoeiro



Fonte: Autoria própria.

Nele percebe-se os serviços de AB e CAPS AD III como sendo portas de entradas para a RAPS, bem como o plantão psicológico do Ambulatório de Saúde Mental que atende por demanda espontânea. Por meio desses serviços é realizado o acolhimento dos usuários, triagem dos casos e se necessário, referência para os dispositivos convenientes. É possível notar que a AB interliga os usuários com os demais pontos de

atenção, sendo responsável pelo cuidado territorial dos usuários da RT, UA e do CAPS AD III e encaminhamento para a rede hospitalar e de pronto atendimento em casos de emergência. Da mesma forma, o CAPS AD III pactua o fluxo dos usuários com os demais serviços da rede, tanto municipais quanto estaduais, encaminha diante da necessidade detectada e serve como porta de entrada exclusiva para a UA.

Os fluxos assistenciais estão presentes no município e são executados entre os dispositivos da RAPS, ainda que de forma incipiente. Foi evidenciado o desconhecimento por parte de alguns profissionais, bem como a incerteza quanto aos serviços ofertados pelo município. O não reconhecimento dos fluxos e dos serviços produzem fragilidades na comunicação institucional e comprometem a articulação entre os serviços. Da Rocha, Dos Santos e Wyszomirska (2022), inferem que esses entraves de comunicação podem estar associados pelo sistema incipiente de referência e contrarreferência, no qual a informação é veiculada pelo próprio usuário aos diferentes pontos de atenção. Para Mendes e Almeida (2020), esses entraves seriam resolvidos com a consolidação de um instrumento de comunicação eficiente entre os profissionais, agilizando o fluxo dos usuários na rede.

Articulação intersetorial da RAPS

Houve avanços positivos na organização e articulação da RAPS desde a sua implantação. Porém, ainda existem lacunas a serem preenchidas, sendo a principal delas, a identificação da APS enquanto dispositivo da RAPS, com a finalidade de diminuir o quantitativo de encaminhamento e aumentar o acolhimento e resolução dos casos no território, diminuindo a demanda dos serviços especializados. Lopes, Paulon e Pasche (2022), trazem a percepção do não acolhimento nos serviços como uma ação que compromete a confiança do usuário no serviço, causando insegurança quanto a resolutividade do sistema de saúde. Isso reafirma o desafio da RPB na inserção da saúde mental na AB por meio da equipe de saúde da família (SILVA *et al.*, 2021).

No trecho da fala de G2 “*então existe toda essa integração do serviço da RAPS com a AB*”, é visto nitidamente essa visão equivocada da AB enquanto suporte da RAPS e não como dispositivo dela. Makiyama (2020), também evidencia em seu estudo sobre a saúde mental em uma Região de Saúde do Paraná, essa visão distorcida, apresentada anteriormente, por meio do elevado número de encaminhamento ao serviço especializado. Esse entrave também é confirmado na seguinte fala:

“Educação permanente é uma ferramenta muito importante para fazer com que esses profissionais estejam preparados para, tanto entender como se dá a própria RAPS, como se dá os dispositivos que compõem a RAPS, para que a atenção primária se sinta pertencente a RAPS. Porque muitas vezes é como se a atenção primária fosse fora da RAPS” (G4).

Dentre os serviços ofertados no município, o CAPS AD III comporta o maior fluxo de tratamento, sendo a RAPS resumida à atenção especializada (LIMA; SILVA; GUIMARÃES, 2023). A referência equivocada de todo e qualquer sujeito em condições de sofrimento psíquico ao CAPS, por serviços com capacidade de acolhimento e resolução dos casos, atenta para a limitação de apropriação dos fluxos assistenciais e do modelo de tratamento comunitário. Rezio, Conciani e Queiroz (2020), afirmam em seu estudo que o processo de referenciação recorrente pela AB aos serviços especializados, pode estar relacionado a deficiência na formação técnica dessas equipes para lidar com o público de saúde mental ou à estigmatização dada a esses usuários. Braga *et al.*, (2020), já constata em seu estudo que esse fato pode estar relacionado ao predomínio do modelo manicomial, concentrado nos serviços especializados por meio do redirecionamento do cuidado que deveria ser prestado no território.

A cogestão entre as coordenações municipais de saúde mental e da atenção básica é uma integração em potencial no que se refere ao cuidado compartilhado entre as duas gestões. No entanto, foi evidenciado que, embora existam ações conjuntas, a integração ainda é frágil e incipiente, resultando em centralização das demandas nos serviços especializados. Os principais desafios que corroboram com os identificados neste estudo incluem a fragilidade do cuidado por meio da percepção de que o usuário de saúde mental é demanda do CAPS (REZIO; CONCIANI E QUEIROZ, 2020); muitas vezes os profissionais da AB a desconhecem enquanto dispositivo e porta de entrada da RAPS (MAKIYAMA, 2020); gestão da AB insuficiente quanto ao planejamento do cuidado em saúde mental no território (CAMPOS; BEZERRA; JORGE, 2020). Sampaio e Bispo Junior (2021), reforça a importância de pesquisas que contribuam para o debate a respeito da interlocução dos diferentes pontos de atenção, com a finalidade de minimizar situações como as descritas anteriormente.

Nos casos de assistência médica de urgência e prestação de socorro é acionado o SAMU, que faz a estabilização do usuário e o transporte do mesmo para a emergência do hospital de referência do município. O público atendido pelo CAPS AD III, apresenta

peculiaridades que influenciam significativamente o fluxo pela RAPS. O maior número de referência para serviços de urgência/emergência é devido a crises de abstinência, quadros convulsivos ou overdose e esses usuários muitas vezes são julgados pelas suas práticas, desconsiderando sua condição mental. Carrijo *et al.*, (2022), em seu estudo sobre o perfil das emergências psiquiátricas no Vale do Araguaia, faz uma crítica em relação ao manejo clínico emergencial, no qual os profissionais atuam na estabilização do quadro de crise, porém não é contemplado a abordagem psicossocial, ocorrendo um rompimento na linha de cuidado do usuário. O que revela a necessidade de treinamento e especialização dos profissionais de todos os pontos de atenção atuantes na RAPS para lidarem com o manejo do sofrimento psíquico.

Os usuários da RAPS também possuem a necessidade de integração com a assistência social, visto que, muitos enfrentam vulnerabilidades sociais, como falta de moradia, desemprego e ruptura de laços familiares. Nesse sentido, existe uma relação dos serviços com o CRAS e o CREAS no processo de reinserção social dos usuários e recuperação dos seus direitos violados, como pode ser observado na fala:

“Tem também o trabalho com o CRAS, com o CREAS, onde a gente trabalha como eu falei essa questão da retirada de documentação, né. No caso, do cadastro de bolsa família, a gente também tenta tá vendo junto com eles. A gente não trabalha sozinho, a gente tem esse apoio da rede aqui dentro do município e tem trazido assim grandes resultados. E aí a gente vai tá trabalhando para devolver esse usuário ao território” (A1).

Os gestores em conjunto com os profissionais investem no processo de desestigmatização dos usuários e da reinserção dos usuários nos espaços sociais, educacionais e culturais. Severo e Amorim (2019), sinalizam para a importância da articulação dos dispositivos da cidade com a finalidade de acolher e reinserir esses usuários nos espaços de trabalho para que se sintam pertencentes à comunidade e capazes de realizar atividades fora dos muros dos serviços, uma vez que suas habilidades ficam restritas às oficinas terapêuticas que se tornam enfadonhas por muitas vezes não serem baseadas no projeto de vida deles.

A falta de informações detalhadas sobre todos os dispositivos, visto que, não foram selecionados informantes de todos os pontos de atenção da RAPS, limitou o conhecimento do funcionamento de alguns serviços e seus respectivos fluxos. O segundo ponto que também resultou na limitação de informações foram as respostas rápidas e sem

riqueza de detalhes, o que pode apontar para ainda incipiência da rede, não sendo absorvida plenamente por parte dos seus trabalhadores. Por fim, houve uma grande dificuldade de localizar protocolos institucionais, documentos sobre o funcionamento dos serviços e outras informações pertinentes ao estudo, visto que, ficam armazenados de forma particular com a gestão o que pode significar a pouca transparência na construção e compartilhamento da política.

Diante disso, mesmo sendo reconhecida a eficácia da atenção psicossocial no tratamento de usuários de saúde mental, esses serviços não funcionam como preconizado, especialmente em países de baixa e média renda, como o Brasil (GUILHARDI MANCA; COSTA, 2020). Dessa forma, impõe-se o desafio à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Limoeiro de aprofundar a interface entre os pontos de atenção em saúde mental e os profissionais atuantes, indo além da construção coletiva de protocolos assistenciais e fluxogramas. Embora esses elementos sejam necessários, cabe à SMS conformar a RAPS municipal e sua articulação de forma integrada e eficiente.

Considerações finais

O presente estudo mostra o cenário da RAPS do município de Limoeiro-PE e seu papel à nível regional, no que diz respeito a sua organização e articulações. Desta maneira, este estudo não se propôs a fazer uma avaliação minuciosa sobre a dinâmica interna de funcionamento de todos os serviços oferecidos, mas trazer um panorama geral sobre eles e a forma como se articulam. No entanto, o diagnóstico realizado permite uma visualização das potencialidades e limitações presentes na atenção em saúde mental de Limoeiro munindo os gestores para melhorias do sistema e possibilitando que pesquisas futuras possam aprofundar as análises realizadas.

Os dados aqui analisados demonstram importantes avanços na RAPS de Limoeiro, no que diz respeito ao planejamento da gestão quanto a expansão dos serviços, no entanto o estudo evidenciou fragilidades na articulação dos pontos de atenção e o cuidado centralizado nos serviços especializados. Essas limitações comprometem o desenho proposto pela PNSM referente a assistência de forma integral. Fazendo-se necessário uma mudança no arranjo organizacional da RAPS, especialmente no olhar da gestão para as limitações diagnosticadas, com a finalidade de garantir ao usuário seu protagonismo.

A organização da RAPS de Limoeiro em 6 componentes demonstra o anseio com a oferta de um cuidado integral para a população com sofrimento mental. Cada dispositivo atua dentro da sua competência, mas é a integração entre eles que garante a integralidade do cuidado. Nesse sentido, a articulação intersetorial existente entre o CAPS AD III, UA, SRT e Ambulatório demonstra um esforço em construir uma rede de cuidado integrada, como preconiza a PNSM. No entanto, a AB ainda enfrenta desafios para se estabelecer como dispositivo de cuidado da RAPS, atuando de forma resolutiva no território, logo não pode ser considerada um serviço que funciona adequadamente nesse sentido. Quanto aos serviços hospitalares e de urgência e emergência, atuam de forma articulada com os demais componentes, porém não foi explorado particularidades desses serviços, não dando subsídios para fazer maiores inferências nesses âmbitos.

Diante do panorama evidenciado, faz-se necessário o investimento da gestão na capacitação dos profissionais da RAPS para entendimento da rede, seus dispositivos e o papel a ser desempenhado por cada ator, facilitando a comunicação entre os serviços e a operacionalização dos fluxos estabelecidos no município. Bem como na implantação de serviços verificados como indispensáveis ao processo de cuidado. Essa análise não esgota a discussão a respeito da temática, mas instiga futuras pesquisas sobre a efetividade da organização e funcionamento da RAPS tendo como parâmetro as limitações e entraves identificados no presente estudo.

Referências Bibliográficas

- ALMEIDA, J.M.C. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cad Saúde Pública** 2019; 35:e00129519.
- AMADEI, G. N.; BARBOSA, G. C.; PINHO, P. H.; OLIVEIRA, M. A. F. D.; DOMINGOS, T. D. S. Análise estrutural e funcional da rede social de usuários do Centro de Atenção Psicossocial: caminhos para a Atenção Psicossocial. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, 27, e220163, 2023.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2016.
- BRAGA, F. S.; OLSCHOWSKY, A.; WETZEL, C.; SILVA, A. B.; NUNES, C. K.; BOTEGA, M. S. X. Meios De Trabalho Do Enfermeiro Na Articulação Da Rede De Atenção Psicossocial. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.L.], v. 41, n. 1, p. 1-8, 2020.

- BRASIL. Resolução CIR nº12 de 22 de fevereiro 2024. Aprova a remodelagem da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na II Região de Saúde, do Estado de Pernambuco. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2024.
- CAMPOS, D.B.; BEZERRA, I.C.; JORGE, M.S.B. Produção do cuidado em saúde mental: práticas territoriais na rede psicossocial. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro. 2020;18(1):e0023167.
- CARRIJO, M. V. N.; DA SILVA, L. S.; DO NASCIMENTO, V. F.; DA ROCHA, E. M.; DOS SANTOS BASSO, T. Q.; VOLPATO, R. J.; LEMES, A. G. Perfil dos atendimentos de emergências psiquiátricas em um serviço de urgência e emergência em saúde. **Enfermagem Brasil**, v. 21, n. 4, p. 413-429, 2022.
- DA ROCHA, M. N. T.; DOS SANTOS CALHEIROS, D.; WYSZOMIRSKA, R. M. D. A. F. O sistema de referência e contrarreferência em saúde mental sob a perspectiva do médico atuante na atenção primária. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 4, p. e50211427458-e50211427458, 2022.
- DOMINGOS, T. D. S. Análise estrutural e funcional da rede social de usuários do Centro de Atenção Psicossocial: caminhos para a Atenção Psicossocial. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, 27, e220163, 2023.
- FILHO, J. A. S. **Unidade De Acolhimento Adulto Para Dependentes Químicos Em Fortaleza, Ce**. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Arquitetura e Urbanismo). Centro Universitário Christus. Fortaleza. 2023.
- GAMA, C. A. P. D.; LOURENÇO, R. F.; COELHO, V. A. A.; CAMPOS, C. G.; GUIMARÃES, D. A. Os profissionais da Atenção Primária à Saúde diante das demandas de Saúde Mental: perspectivas e desafios. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, p. e200438, 2021.
- GAMA, C. A. P. D.; GUIMARÃES, D. A.; COELHO, V. A. A.; CARVALHO, R. C.; CAMPOS, C. G.; FRAGA, A. M. D. S. A implantação da rede de atenção psicossocial na Região Ampliada de Saúde Oeste de Minas Gerais-BR. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 28, p. 278-287, 2020.
- GARCIA, L. G.; SANTOS, J. D. L. B. **Saúde mental: abordagens e estratégias para a promoção do cuidado**. 2. ed. – Palmas: EDUFT, 2021.
- GUILARDI MANCA, C.; COSTA, F. N. Percurso formativo regional: relato de uma experiência potente de educação permanente em saúde mental. **Revista Gepesvida**, Número 14. Volume 6. 2020-1, 2020.
- IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Brasileiro de 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

- LIMA, D. K. R. R.; SILVA, Y. R.; GUIMARÃES, J. Tecendo redes: discussões sobre intersectorialidade e articulação territorial de serviços de saúde mental. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 47, n. 4, p. 66-80, 2023.
- LIMOEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação Municipal de Saúde Mental. **Implantação do CAPS AD III Regional**. Limoeiro-PE, 2012.
- LIMOEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação Municipal de Saúde Mental. **Projeto Unidade de Acolhimento Adulto**. Limoeiro-PE, 2016.
- LOPES, C. J.; PAULON, S. M.; PASCHE, D.F. Entre aderir e resistir: uma reflexão sobre os usos do conceito de não adesão nos serviços substitutivos de saúde mental. **Revista Mental**, 14(25):01-17, Jan/Jun, 2022.
- MACEDO J.P.; ABREU M.M.; FONTENELE M.G.; DIMENSTEIN M. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saúde Soc** 2017; 26:155-70.
- MAKIYAMA M. **Rede de cuidado em saúde mental em uma região de saúde do Paraná**. Dissertação [Mestrado] apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Biociências e Saúde da Universidade Estadual do AMPLIADA do Paraná - Campus de Cascavel. Cascavel-PR, 2020.
- MENDES, L.S.; ALMEIDA, P.F. Médicos da atenção primária e especializada conhecem e utilizam mecanismos de coordenação? **Revista de Saúde Pública**, 54(121), 2020.
- NÓBREGA, M.P.S.S.; MANTOVANI, G.S.; DOMINGOS, A.M. Resources, objectives and guidelines in a Psychosocial Care Network structure. **Rev Bras Enferm**. 2020;73(1):e20170864.
- PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. II Gerência Regional de Saúde de Pernambuco. **Mapa de Saúde da II Regional de Saúde de Pernambuco**. 1ª edição, Pernambuco: Secretaria Estadual de Saúde, 2021. 178 fls
- PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. II Gerência Regional de Saúde de Pernambuco. **Mapa Regional de Saúde do Estado de Pernambuco – Instrutivo nº 01**. 2ª Edição, Pernambuco: Secretaria Estadual de Saúde-PE, 2022.
- REZIO, L.A.; CONCIANI, M.E.; QUEIROZ, M.A. O processo de facilitação de Educação Permanente em Saúde para formação em saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Interface** (Botucatu), 24(17), 2020).
- SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, p. 1-16, 2021.

- SEVERO, A. K. S.; AMORIM, A. K. M. A. Saúde mental, cultura e arte: discutindo a reinserção social de usuários da rede de atenção psicossocial. Gerais: **Revista Interinstitucional de Psicologia**, [S.L.], v. 12, n. 2, p. 282-299, 2019.
- SILVA, A. P.; MORAIS, H. M. M. D.; ALBUQUERQUE, M. D. S. V. D.; GUIMARÃES, M. B. L.; LYRA, T. M. Os desafios da organização em rede na atenção psicossocial especializada: o caso do Recife. **Saúde em Debate**, v. 45, p. 66-80, 2021.
- SILVA, B. L. D. **A rede de atenção à saúde mental**: Um estudo acerca dos limites e possibilidades no município de Campina Grande-Paraíba. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Campina Grande-PB, 2019.
- SOUZA, T. G. Saúde mental, álcool e outras drogas em municípios de pequeno porte: uma revisão de literatura. **Revista Mental**, 2022.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo oferece uma visão abrangente da RAPS no município de Limoeiro-PE, explorando seu papel regional em termos de estrutura, funcionalidade e articulações. O diagnóstico da atenção em saúde mental, embora limitado em alguns aspectos, oferece subsídios valiosos para gestores e pesquisadores. Ao compreender as potencialidades e limitações da RAPS, pode-se direcionar esforços para aprimorar o sistema e garantir atendimento de qualidade à população

O estudo em questão revela que a RAPS de Limoeiro foi construída a partir de 2012 com ênfase no caráter comunitário e em consonância com os princípios do modelo psicossocial. Bem como, reconhece o histórico de alinhamento da RAPS de Limoeiro com os pressupostos da RPB e os avanços nos processos de desinstitucionalização. Essa trajetória demonstra o compromisso do município com a atenção à saúde mental da população limoeirense.

No entanto, mesmo diante dos avanços importantes, ainda enfrenta desafios para garantir um sistema de saúde mental integral e centrado no usuário. A atenção especializada dessa rede apresenta algumas fragilidades, como o insuficiente número de CAPS e as dificuldades de articulação em rede. Além disso, a ausência de uma comunicação sistemática entre os profissionais da RAPS e o incipiente papel da APS na coordenação do cuidado fragiliza a articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde mental, dificultando o acompanhamento longitudinal dos usuários e a construção de um cuidado integral. O estudo sinaliza para a necessidade de fortalecer a RAPS através da capacitação dos profissionais, da implementação de serviços essenciais e no planejamento da rede de forma articulada.

A saúde mental é um tema complexo e multifacetado, que se manifesta de maneiras distintas em cada indivíduo. Considerar as perspectivas de diferentes grupos, como usuários, familiares e aprofundar o entendimento dos profissionais da APS, permite uma compreensão mais abrangente dos desafios e necessidades em relação à saúde mental. Investir em pesquisas que contemplem a diversidade de perspectivas sobre essa área é fundamental para o aprimoramento das políticas públicas, o fortalecimento da APS, a redução do estigma e a promoção da corresponsabilidade pela construção de uma sociedade mais equânime.

REFERÊNCIAS

AMADEI, G. N.; BARBOSA, G. C.; PINHO, P. H.; OLIVEIRA, M. A. F. D.; DOMINGOS, T. D. S. Análise estrutural e funcional da rede social de usuários do Centro de Atenção Psicossocial: caminhos para a Atenção Psicossocial. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, 27, e220163, 2023.

AMARANTE, P.; NUNES, M.O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n.6, p. 2067-2074, 2018.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2016.

BRASIL. **Lei n.º 10.216 de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde. Planalto: Brasília, DF, 2001. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno HumanizaSUS - Saúde Mental**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 548 p., 2015. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf Acesso em: 06 mar 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica - Saúde Mental**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf Acesso em: 06 mar 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União [internet]. 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm Acesso em: 05 mar 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 3088, 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, DF, 2011. Disponível em:

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 336, 19 de fevereiro de 2002**. Estabelece a constituição dos Centros de Atenção Psicossocial, Brasília, DF, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 19 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado a Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, nov. 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados** – 12, ano 10, n.º. 12. Informativo eletrônico. Brasília: out. de 2015.

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

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). Diário Oficial da União 2010; 30 dez

CAETANO, H.; TEDESCO, S. Loucura e direito penal: pistas para a extinção dos manicômios judiciários. **Saúde Debate**, v. 45, n. 128, p. 191-202, 2021. DOI: 10.1590/0103-1104202112815.

CARDOSO, M. R. G.; DE OLIVEIRA, G. S.; GHELLI, K. G. M. **Análise de conteúdo**: uma metodologia de pesquisa qualitativa. Cadernos da FUCAMP, v. 20, n. 43, 2021.

COELHO, V. A. A.; ANDRADE, L. I. E.; GUIMARÃES, D. A.; PEREIRA, L. S. M.; MODENA, C. M.; GUIMARÃES, E. A. D. A.; GAMA, C. A. P. D. Regionalização da atenção psicossocial: uma visão panorâmica da Rede de Atenção Psicossocial de Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 05, p. 1895-1909, 2022.

CONCEIÇÃO, D.S *et al.* Atendimentos de crianças e adolescentes com transtornos por uso de substâncias psicoativas nos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil, 2008-2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v.27. n.2. Brasília, 2018.

DE OLIVEIRA, O.M.B.A.; FILHO, R.R.G. SOLIDARIEDADE FEDERATIVA E MUNICIPALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE. **RJLB**, Ano 7 (2021), nº 1, 1017-1035. DF, 2017. Disponível em:<<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/>

DIAS, R.; MATOS, F. Políticas públicas: princípios, propósitos e processos. São Paulo: Atlas, 2012. diretrizes na estrutura de uma Rede de Atenção Psicossocial. **Revista Brasileira de Enfermagem** 2020; 73(1): 1-9.

FERNANDES, C. J. **Reforma psiquiátrica (im)possível? estudo documental e analítico (2008 a 2017)**. 2018. 137f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Ceará, Ceará, 2018.

FOUCAULT, M. (1926 – 1984). **História da Loucura**: na idade clássica. Tradução José T. Coelho Neto. ed. 8. São Paulo: Perspectiva, 2005.

FRIEDMAN, Barry L. Policy Analysis as Organizational Analysis. In: GOODIN, Robert E. **The Oxford Handbooks so Political Science**. New York. Oxford University Press, 2006. p. 482-495.

GARCIA, P. T.; REIS, R. S. **Redes de atenção à saúde**: Rede de Atenção Psicossocial – RAPS/ Paola Trindade Garcia; Regimarina Soares Reis (Org.). - São Luís: EDUFMA, 2018.

GONÇALVES JUNIOR, M.; TOBIAS, G.C.; TEIXEIRA, C.C. Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde. **Revista de Atenção à Saúde**, v.17, n.60, p.101-116, 2019.

HOLANDA, P. M. C.; RIBEIRO, J. R.; DE JESUS, M. C. Estudo de caso: aplicabilidade em dissertações na área de ciência da informação. **Revista Ibero-Americana de Ciência da Informação**, v. 13, n. 2, p. 685-703, 2020.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Brasileiro de 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

KREIN, C.E. Manicômios com nova roupagem: o deslocamento do aparato manicomial para comunidades terapêuticas. **Revista Cadernos de Psicologia**, n. 3, p. 1-8, 2022.

LAGE, R. D. F. *et al.* O avanço na assistência à pessoa com transtorno mental após a Reforma Psiquiátrica de 06 de abril de 2001. **Global Academic Nursing Journal**, v. 2, n. Sup. 1, p. e123-e123, 2021.

LIMA, A. F. **Os movimentos regressivos-progressivos da reforma psiquiátrica brasileira**. In: LIMA, Aluisio F. (Re)pensando a saúde mental e os processos de desinstitucionalização 1. ed. Curitiba: Appris, 2018. p. 15-34.

LIMA, D. K. R. R.; GUIMARÃES, J. A Rede de Atenção Psicossocial sob o olhar da complexidade: quem cuida da saúde mental? **Saúde em Debate**, v. 43, p. 883-896, 2019.

MENDES, E. V. Desafios do SUS. In: **Desafios do SUS**. Brasília-DF, 2019. p. 869-869.

MENDES, R. M.; MISKULIN, R. G. S. **A Análise de Conteúdo como uma metodologia**. Cadernos de Pesquisa v.47 n.165 p.1044-1066 jul./set. 2017.

MORAIS, I. Os males da mente: a assistência aos alienados no Brasil da Primeira República. **(Entre)linhas: Revista do Programa de Pós-graduação em História da UFOP**, v. 1, n. 1, p. 14, 1 mar. 2023.

NÓBREGA, M.P.S.S.; MANTOVANI, G.S.; DOMINGOS, A.M. **Recursos, objetivos e normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2020.

OLIVEIRA, B. S. **No cruzamento entre sistema de justiça e rede de atenção psicossocial (RAPS): estudo sobre a implementação da política de saúde mental**. 2021. 130 págs. Dissertação (Mestrado em m Políticas Públicas) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/ ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Declaração de Caracas**. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Venezuela, Caracas: OMS/OPAS, 1990.

PASSOS, R. G. **Um manicômio em declínio ou o declínio do manicômio?** Cadernos de Saúde Pública, 2021. v. 37, n. 9, p.1-3. DOI: 10.1590/0102-311X00190721

PERNAMBUCO. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. II GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO. **Mapa de Saúde da II Regional de Saúde de Pernambuco**. 1ª edição, Pernambuco: Secretaria Estadual de Saúde, 2021. 178 fls.

QUEIROGA, N.D. A reforma psiquiátrica no Nordeste brasileiro: Uma revisão integrativa. **Revista Perspectivas em Políticas Públicas**, v.15, n.30, p.74-95, 2022.

ROCHA, E. N.; LUCENA, A. F. Projeto terapêutico singular e processo de enfermagem em uma perspectiva de cuidado interdisciplinar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 39, e2017-00, 2018.

SAMPAIO M.L.; BISPO JÚNIOR J.P. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. **Trab. Educ. Saúde**. 2021; (19):1-19.

SAMPAIO, M.L.; BISPO JÚNIOR, J.P. **Dimensão epistêmica da Reforma Psiquiátrica Brasileira**: significados de gestores, profissionais e usuários. Interface (Botucatu), v. 25: e200267, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.200267>

SAMPAIO, M.L.; BISPO JÚNIOR, J.P. **Rede de Atenção Psicossocial**: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. Cadernos de Saúde Pública, 2021, 37.3: e00042620.

SILVA, A. P. *et al.* Os desafios da organização em rede na atenção psicossocial especializada: o caso do Recife. **Saúde em Debate**, v. 45, p. 66-80, 2021.

SILVA, B. L. D. **A rede de atenção à saúde mental**: Um estudo acerca dos limites e possibilidades no município de Campina Grande-Paraíba. Dissertação (Mestrado em

Ciências Sociais) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Campina Grande-PB, 2019.

TOFANI, L. F. N. *et al.* Caos, organização e criatividade: Revisão integrativa sobre as redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 4769-4782, 2021.

TREVISAN, E. R.; CASTRO, S. S. Centros de Atenção Psicossocial – álcool e drogas: perfil dos usuários. **Saúde em Debate**. 43 (121), pp. 450-463. Rio de Janeiro, 2019.

VIANA A.L.D.; BOUSQUAT A.; MELO G.A.; NEGRI FILHO A.; MEDINA M.G. Regionalização e Redes de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** 2018; 23(6):1791-1

APÊNDICE A- Instrumento de Coleta de Dados: Entrevista Semiestruturada

REDE DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO SEDE DA II GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE: análise da sua constituição

Caracterização do sujeito
Profissão: _____
Gênero a) ☐ Masculino b) ☐ Feminino
Escolaridade a) ☐ Ensino Médio/Técnico b) ☐ Superior completo c) ☐ Especialista d) ☐ Mestre e) ☐ Doutor
Vínculo profissional na Saúde a) ☐ Concursado b) ☐ Celetista c) ☐ Contrato Administrativo d) ☐ Outro
Tempo de Serviço na Saúde Mental a) ☐ 1 a 5 anos b) ☐ 6 a 10 anos c) ☐ 11 a 15 anos d) ☐ 16 ou mais
Competência no serviço a) ☐ Gestão b) ☐ Assistência
Roteiro da Entrevista
1. Qual a sua participação profissional na execução da Raps? 2. Como a RAPS do município está estruturada e funcionando atualmente? 3. Quais atores se destacam na funcionalidade da RAPS de Limoeiro? 4. A RAPS de Limoeiro conta atualmente com suporte de municípios vizinhos? Se sim, discorde sobre o funcionamento desse suporte. 5. Quais as possibilidades e enfrentamentos para o desenvolvimento ideal da RAPS e da Política de Saúde Mental no município?

ANEXO I – Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa REDE DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO SEDE DA II GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE: análise da sua constituição, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Michelly Caroliny de Oliveira Rodrigues, Rua São Sebastião, nº316, Limoeiro-PE, CEP:55700-000, telefone para contato: (81)999138814, e-mail: michelly-jm@hotmail.com, e está sob a orientação de: Petrônio José de Lima Martelli, telefone para contato: (81)991427329, e-mail: petroniocarla@uol.com.br.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

O (a) senhor (a) estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- O desconhecimento sobre a atual situação do funcionamento da RAPS nos municípios do interior de Pernambuco e neste caso em tela, Limoeiro, que é uma realidade que perpassa as regiões interioranas. Existe a necessidade de desenvolvimento de pesquisas que contribuam para o debate regional e para uma melhor interlocução entre os diversos pontos de atenção que compõe a rede assistencial em saúde mental. Com isso, o objetivo desta pesquisa é analisar a organização da Rede de Atenção à Saúde Mental do município de

Limoeiro-PE, no que diz respeito a sua estrutura e funcionalidade e tem como justificativa. A coleta de dados será realizada em única vez por meio de entrevista semiestruturada, com 5 perguntas a serem respondidas em até 30 minutos. Será feito um convite virtual via e-mail para cada participante com informações relevantes do projeto e caso haja o interesse em participar, será combinado dia e horário para realização da entrevista semiestruturada. Caso o participante não compareça na data e horário agendados, sem nenhum aviso prévio, será remarcada a entrevista por até duas vezes, após exceder o limite de absenteísmo, esse será excluído da pesquisa. Vale salientar que todo o processo de recrutamento será mediado pelos Coordenadores municipais com interesse em garantir a participação dos atores influentes na pesquisa.

- Toda pesquisa com seres humanos envolve algum tipo de risco. Os possíveis riscos referentes a contribuição na pesquisa podem ser relacionados ao constrangimento por participarem de uma entrevista, fornecer informações pessoais no preenchimento do questionário semiestruturado e dedicar tempo à entrevista. Para minimizar o desconforto será ofertado um ambiente reservado para tornar a entrevista mais confortável, assegurando que as informações coletadas não serão utilizadas em seu prejuízo, reforçar o sigilo dos dados pessoais bem como estruturar um cronograma para realizar a pesquisa em dia e horário oportuno aos participantes.
- Contudo, esta pesquisa também pode trazer benefícios. A princípio a pesquisa não trará benefícios diretos aos participantes, entretanto, a análise das informações coletadas poderá ser utilizada pela gestão municipal para apropriação de dados que servirão para o planejamento das práticas e dos serviços, com interesse de garantir a qualidade da assistência em Saúde Mental.

Esclarecemos que os participantes dessa pesquisa têm plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penalização por parte dos pesquisadores. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (entrevistas/gravações), ficarão armazenados em pastas de arquivo, sob a responsabilidade do Orientador, no endereço Av. das Engenharias, s/n. prédio do CCS - 1º andar, sala 4. Fone: 81 2126.8588, E-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br., pelo período de mínimo 5 anos após o término da pesquisa. Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou

extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, o (a) senhor (a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br).**

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo REDE DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO SEDE DA II GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE: análise da sua constituição, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

ANEXO II: Normas da Revista de Saúde Mental e Subjetividade

Revista de Saúde Mental e Subjetividade do UNIPAC

ISSN 1679-4427 versão impressa

ISSN 1984-980X versão virtual

Área do Conhecimento: Psicologia e Interdisciplinaridade

Classificação B1 na Plataforma QUALIS/CAPES

Periódico indexado nas bases:

PEPSIC: www.bvs-psi.org.br - <http://pepsic.bvsalud.org/revistas/mental/pedboard.htm>

REDALYC: <https://www.redalyc.org/pais.oa?id=21>

A Revista de Saúde Mental e Subjetividade é uma publicação acadêmica destinada à comunicação e à interlocução de conhecimentos no campo da Saúde Mental e na investigação teórica e metodológica em Psicologia e Processos de Subjetivação. Neste sentido, constitui-se enquanto espaço que agrega estudos e pesquisas que dialogam com as várias interfaces do grande campo da Saúde Mental, aceitando contribuições multidisciplinares afins, em formatos diversos – estudos teóricos, relatos de pesquisa, traduções e resenhas – com base ou reportando teorias, metodologias, experiências e reflexões críticas. Interrompida durante os anos de 2019 e 2020, a Revista retoma suas publicações semestrais a partir de 2021 com novo Comitê Editorial e a atualização do seu Conselho Científico para receber, avaliar e publicar comunicações acadêmicas. Os trabalhos podem ser enviados a qualquer momento para o e-mail: revistamental@unipac.br

Envio das comunicações

Para serem submetidos às apreciações da Comissão Editorial e do Conselho Científico da Revista de Saúde Mental e Subjetividade, os trabalhos devem apresentar conteúdo associado ao campo da Saúde Mental, compreendendo investigações teóricas e metodológicas em Psicologia e processos de subjetivação associados. Espera-se que o texto tenha sequência argumentativa lógica, adequação estilística científica, fundamentação teórica e metodológica, formatação adequada para a publicação, conteúdo

atualizado e referências bibliográficas completas e atualizadas, e que constituam contribuição relevante, original e crítica para o estudo e a prática dos profissionais que atuam nesse amplo campo de saber.

Em todas as modalidades, os textos devem ser precedidos por folha de rosto, trazendo o título do trabalho, a instituição à qual o trabalho acadêmico está associado, os nomes de todos os autores, com respectivas e sumárias informações sobre titulações, associadas à competência para o texto. Dentre os autores, deve haver ainda a indicação do autor com quem a Comissão Editorial poderá estabelecer contato (e-mail e telefone), preferencialmente o primeiro autor relacionado. Na folha seguinte à folha de rosto, os autores devem apresentar título, resumo e palavras-chave em português, inglês e espanhol. Na sequência, o texto, propriamente dito, deve vir precedido pelo título do mesmo em português e enviado por e-mail para: revistamental@unipac.br, explicitando no assunto: Envio de texto para avaliação e publicação.

Modalidades das Comunicações

1. Estudos teóricos - discussão de temas e problemas teóricos, envolvendo reflexão crítica e indicação de avanços científicos no “estado da arte” a eles associados. Enquadram-se nesse formato: artigos, ensaios e conferências. Espera-se que o texto seja estruturado por apresentação, desenvolvimento argumentativo, considerações finais e referências completas, em 12 a 20 páginas.
2. Relatos de pesquisa – apresentação de texto desenvolvido e lastreado por pesquisa empírica, acompanhado de discussão analítica e crítica, metodologicamente adequada e fundamentada. Enquadram-se nesse formato: artigos, comunicações em eventos científicos e argumentos consistentes resultantes de trabalhos acadêmicos e aplicados, bem fundamentados por metodologia adequada. Espera-se que o texto seja estruturado por apresentação introdutória abrangente, apresentação do relato ou material em foco, análise elucidativa e crítica do material apresentado, bem como as devidas referências, em 12 a 20 páginas.
3. Traduções e resenhas – apresentação em português de texto sintético de obra de interesse, de conteúdo relevante e que represente contribuição para a área de conhecimento; seja a tradução de texto clássico ou recente, originalmente em língua

diferente do português; seja a resenha de texto clássico ou recente, que represente contribuição ou atenda ao interesse para a área; seja a resenha de um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), Dissertação de Mestrado ou Tese de Doutorado de autoria própria ou de outrem, que, igualmente, represente contribuição ou atenda ao interesse para a área. Espera-se que o texto seja estruturado por informações preliminares completas da obra traduzida ou resenhada, apresentação introdutória informativa do texto, apresentação do conteúdo, considerações finais e/ou críticas em, no máximo, 10 páginas.

Orientações sobre a formatação dos textos

Os trabalhos devem ser redigidos em português. Títulos, resumos e palavras-chave devem ser redigidos em português, espanhol e inglês.

O resumo não deve exceder o limite de 10 linhas e as palavras-chave devem restringir-se a um número máximo de 5.

Espaço: 1,5; fonte: times new roman; tamanho da letra: 12; margens: 2,5; texto: justificado.

Formato de extensão: word doc ou docx.

Imagens e tabelas no corpo do texto e em formato editável (Word, Tiff ou JPEG) restringem-se ao máximo de 5 imagens/tabelas.

Páginas numeradas (inferior-direita).

Normas ABNT.

O trabalho deve ser enviado para o e-mail: revistamental@unipac.br

Na folha de rosto, os dados do(s) autor(es), titulação, instituição e contato devem estar restritos às informações estritamente necessárias, tais quais os autores desejarem ver publicados, não excedendo 3 linhas. Com exceção do autor de referência, que deve explicitar o seu contato para a Comissão Editorial, o mesmo e os outros autores devem explicitar ou omitir o seu contato, caso desejam ou não que o mesmo figure em sua referência.

Tramitação do envio

O autor de contato do texto enviado deverá aguardar um retorno pela mesma via, quanto à confirmação de recebimento do texto e a informação de encaminhamento do mesmo a um parecerista do Conselho Científico da Revista ou a devolução do texto, no caso de alguma inadequação.

Uma vez dado o parecer, o resultado será encaminhado ao autor de contato, explicitando aprovação, recusa ou necessidade de reformulação do texto. Ficará a critério dos autores rejeitarem a orientação ou acatarem possíveis necessidades de reformulações orientadas pelos pareceristas, consideradas fundamentais para a publicação; e, neste caso, procedê-las e reencaminharem o texto reformulado para uma segunda avaliação.

Direitos autorais

Os autores dos textos aprovados para a publicação deverão assinar Termo de Cessão de Direitos Autorais à Revista Saúde Mental e Subjetividade, conforme documento que seguirá com a comunicação da aprovação para a publicação.