



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS EM
SAÚDE

PRÁTICAS DE ARTICULAÇÃO DE REDE NA ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL: QUAIS DESAFIOS ENFRENTAM OS
PROFISSIONAIS PARA MATRICIAR, SE REUNIR E ENCAMINHAR?

Brasília/DF
2023

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS EM
SAÚDE

PRÁTICAS DE ARTICULAÇÃO DE REDE NA ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL: QUAIS DESAFIOS ENFRENTAM OS
PROFISSIONAIS PARA MATRICIAR, SE REUNIR E ENCAMINHAR?

MICHELLE DE MENEZES CARLOS

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências e Tecnologias em Saúde.

Área de Concentração: Promoção prevenção e intervenção em saúde. Linha de Pesquisa: Saúde, Funcionalidade, Ocupação e Cuidado.

Temática da linha: saúde pública, álcool e outras drogas.

Orientadora: Dra. Andrea Donatti Gallassi

Brasília/DF
2023

MICHELLE DE MENEZES CARLOS

**PRÁTICAS DE ARTICULAÇÃO DE REDE NA ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL: QUAIS DESAFIOS ENFRENTAM OS
PROFISSIONAIS PARA MATRICIAR, SE REUNIR E ENCAMINHAR?**

Dissertação apresentada como requisito
parcial para obtenção do Título de
Mestre no Programa de Pós-Graduação
em Ciências e Tecnologias em Saúde.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Andrea Donatti Gallassi
Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde – Universidade de
Brasília, UnB-DF

Prof.^a Dr.^a Maria Inês Gandolfo Conceição
Universidade de Brasília, UnB-DF

Prof. Dr. Fábio José Orsini Lopes
Universidade Estadual de Maringá, UEM-PR

Suplente: Prof.^a Dr.^a Antonia de Jesús Ângulo Tuesta
Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde – Universidade de
Brasília, UnB-DF

**Brasília/DF
2023**

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

dp

de Menezes Carlos , Michelle
PRÁTICAS DE ARTICULAÇÃO DE REDE NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:
QUAIS DESAFIOS ENFRENTAM OS PROFISSIONAIS PARA MATRICIAR,
SE REUNIR E ENCAMINHAR? / Michelle de Menezes Carlos ;
orientador Andrea Donatti Gallassi. -- Brasília, 2023.
116 p.

Dissertação (Mestrado em Ciências e Tecnologias em Saúde)
- Universidade de Brasília, 2023.

1. Atenção Psicossocial . 2. Articulação de rede. 3.
Atenção Básica. 4. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). I.
Donatti Gallassi, Andrea , orient. II. Título.

DEDICATÓRIA

A todos os usuários, familiares e trabalhadores do campo da saúde mental, que acreditam e lutam pelo cuidado pautado em liberdade e de base territorial, que contribuem para rompimento de estigmas, deixando a doença *entre parêntese*, permitindo o outro a *ser, viver e conviver*.

AGRADECIMENTOS

Agradeço,

A minha orientadora, Andrea Donatti Gallassi, pelo apoio e condução durante a construção desta dissertação, obrigada por me inspirar tanto e ter me dado forças para continuar.

A terapeuta ocupacional, Dalilla Matilde Ferreira de Rezende, que contribuiu com a minha formação no campo da saúde mental, e que sem saber, me impulsionou a pesquisar sobre as práticas de articulação de rede.

Aos meus familiares, Ana Rita Carlos de Menezes e Giovanny de Menezes Carlos, que me educaram e me ensinaram a lutar pelos meus projetos de vida.

Ao meu esposo, Alex Rocha de Oliveira, que esteve ao meu lado ao longo dessa trajetória, me acolhendo nos momentos em que mais precisei.

A todos que se propuseram a contribuir com o desenvolvimento e concretização deste estudo, participantes e membros da banca.

EPÍGRAFE

“Para que não se esqueça. Para que nunca aconteça. Por uma sociedade sem manicômios!”

Franco Basaglia (1924-1980).

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
1.1 <i>Do Trabalho em Rede até o Cuidado em Saúde Mental</i>	18
2. OBJETIVOS	25
2.1 <i>Objetivo geral</i>	25
2.2 <i>Objetivo específico</i>	25
3. MATERIAIS E MÉTODOS	26
4. RESULTADOS.....	31
5. DISCUSSÃO.....	35
5.1 <i>Região de Saúde Central</i>	35
5.2 <i>Região de Saúde Centro Sul</i>	42
5.3 <i>Região de Saúde Norte</i>	50
5.4 <i>Região de Saúde Sul</i>	58
5.5 <i>Região de Saúde Oeste</i>	61
5.6 <i>Região de Saúde Leste</i>	71
5.7 <i>Região de Saúde Sudoeste</i>	75
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92
Anexos	101

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

DF	Distrito Federal
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
UBS	Unidades Básicas de Saúde
MTSM	Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental
MLA	Movimento de Luta Antimanicomial
RFb	Reforma Psiquiátrica brasileira
SM	Saúde Mental
AP	Atenção Psicossocial
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PNAD	Política Nacional sobre Drogas
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CT	Comunidade Terapêutica
RD	Redução de Danos
OMS	Organização Mundial de Saúde
MJ	Ministério da Justiça
MS	Ministério da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
COMPP	Centro de Orientação Médico Psicopedagógica
eSF	estratégia de Saúde da Família
eSB	equipe de Saúde Bucal
NASF AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
CA	Clínica Ampliada
AM	Apoio Matricial
PTS	Projeto Terapêutico Singular
CnR	Consultório na Rua
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
RS	Regiões de Saúde
RA	Regiões Administrativas
DISSAM/SES	Diretoria de Serviços de Saúde Mental da Secretaria de Estado de Saúde

SES/DF	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
PDSM	Plano Diretor de Saúde Mental
RA	Regiões Administrativas

LISTA DE ANEXO

ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

ANEXO II - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DA FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/FEPECS/SES/DF

ANEXO III - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

ANEXO IV: PRIMEIRA E SEGUNDA PÁGINAS DO ARTIGO FRUTO DA DISSERTAÇÃO SUBMETIDO PARA A REVISTA *INTERFACE – COMUNICAÇÃO, SAÚDE E EDUCAÇÃO*.

Práticas de articulação de rede na atenção psicossocial: quais desafios enfrentam os profissionais para matricular, se reunir e encaminhar?

RESUMO: Este estudo se propôs a explorar as práticas de articulação de rede desenvolvidas pelos profissionais atuantes em dois pontos específicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Distrito Federal (DF): os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) abrangendo as sete regiões de saúde existentes no DF, evidenciando as estratégias utilizadas, bem como as dificuldades e os desafios que atravessam sua implementação à luz dos paradigmas do modo de Atenção Psicossocial (AP). Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa e enfoque exploratório e descritivo. Para complementar e enriquecer os achados, empregou-se a triangulação intramétodo, utilizando duas técnicas de coleta de dados, a entrevista semiestruturada no formato síncrono e a entrevista estruturada no formato assíncrono, ambas realizadas por meio do ambiente virtual, tendo a participação de 36 profissionais das sete regiões de saúde do DF, sendo 18 representantes dos CAPS AD e 18 representantes das UBS. Adotou-se a análise de conteúdo de Bardin e utilizou-se o referencial teórico do modo de Atenção Psicossocial (AP). Identificou-se a falta de infraestrutura e de insumos para tecer as práticas de matriciamento, reuniões com a rede e encaminhamentos, de forma satisfatória conforme a perspectiva dos participantes, contudo, surgiram estratégias interventivas e de promoção de saúde para o fortalecimento da AP.

Palavras-chave: Atenção Psicossocial. Articulação de rede. Atenção Básica. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Network articulation practices in psychosocial care: what challenges do professionals face in *matriciar*, meeting, and referring?

ABSTRACT: This study aimed to explore the network articulation practices developed by professionals working in two specific points of the Psychosocial Care Network (RAPS) in the Federal District (DF): the Psychosocial Care Centers for Alcohol and Other Drugs (CAPS AD) and the Basic Health Units (UBS) covering the seven existing health regions in the DF, highlighting the strategies used, as well as the difficulties and challenges that cross their implementation in light of the paradigms of the Psychosocial Care (PA) mode. This is research with a qualitative approach and an exploratory and descriptive focus. In order to complement and enrich the findings, intramethod triangulation was used, using two data collection techniques, the semi-structured interview in the synchronous format and the structured interview in the asynchronous format, both carried out through the virtual environment, with the participation of 36 professionals from the seven health regions of the DF, with 18 representatives from the CAPS AD and 18 representatives from the UBS. Bardin's content analysis was adopted, and the theoretical framework of the Psychosocial Care (PA) mode was used. A lack of infrastructure and inputs was identified to weave the matrix support practices, meetings with the network and referrals, satisfactorily according to the perspective of the participants, however, intervention and health promotion strategies emerged to strengthen the AP.

Keywords: Psychosocial Care. Network articulation. Basic Attention. Psychosocial Care Center (CAPS).

1. INTRODUÇÃO

Trabalhar em rede é um dos grandes desafios enfrentados pelos profissionais de saúde dos serviços substitutivos aos manicômios no Distrito Federal (DF). Este estudo se propôs a explorar as práticas de articulação de rede realizadas pelos profissionais atuantes em dois pontos específicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do DF: os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) e as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Evidenciando assim, quais estratégias são utilizadas, bem como as dificuldades e os desafios postos que atravessam a implementação efetiva da rede substitutiva ao modelo manicomial no DF.

O modelo manicomial tem como foco de tratamento apenas a doença, reduzida a sinais e sintomas, desconsidera a subjetividade da pessoa e fere os direitos humanos; é um modelo pautado em ações de caráter punitivista, de isolamento e exclusão social [1]. Instituições brasileiras que seguiam esse modelo de cuidado apresentavam condições físicas e sanitárias precárias, ferindo a dignidade das pessoas ali enclausuradas, aspectos estes que culminaram em uma série de denúncias e de organizações da sociedade civil, como o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), o qual, trabalhadores, familiares e pessoas com transtornos mentais em conjunto com o Movimento de Luta Antimanicomial (MLA), buscaram melhores condições de trabalho e cuidado, fortalecendo os paradigmas da Reforma Psiquiátrica brasileira (RFb) em meados de 1970 [2]. Por muitos anos, o Brasil seguiu esse modelo de tratamento para os transtornos mentais e transtornos pelo uso de substâncias, acompanhando outros países Europeus, como a França e a Itália, que também adotavam tais medidas e que eram consideradas referências na época. Nesses países, a Reforma Psiquiátrica se deu a partir da década de 1960, impulsionado pelo movimento do psiquiatra Franco Basaglia, que começou a olhar de uma outra forma para as abordagens e terapias no tratamento dessas pessoas, extinguindo o formato asilar e dando lugar aos serviços de base territoriais e comunitários [1,2].

Um dos marcos do movimento da RPb foi a aprovação da Lei nº 10.216/2001 [3], que tem como preceito reorientar o modelo assistencial às pessoas com transtornos mentais e suas famílias, bem como construir práticas de cuidado por meio da criação e do fortalecimento de serviços substitutivos aos manicômios, pautados no cuidado em liberdade e de base territorial e comunitária. A experiência brasileira de implementar um modelo de cuidado em Saúde Mental (SM) conforme os paradigmas da RPb, mostra um novo lugar social para as pessoas

com transtornos mentais e transtornos pelo uso de substâncias, orientado pelos paradigmas do modo de Atenção Psicossocial (AP), que toma como o centro do cuidado a pessoa em suas diferentes esferas em um contexto socio comunitário [4].

Para Costa-Rosa [4], os paradigmas do modo de atenção psicossocial se constroem por meio de quatro parâmetros fundamentais: “(i) a definição de 'seu objeto' e dos 'meios' teórico-técnicos de intervenção (o que inclui as formas da divisão do trabalho interprofissional); (ii) as formas da organização dos dispositivos institucionais; (iii) as modalidades do relacionamento com os usuários e a população; e (iv) as implicações éticas dos efeitos de suas práticas em termos jurídicos, teórico técnicos e ideológicos” (p.143) [4]. Nesse sentido, os paradigmas do modo de atenção psicossocial são construídos cotidianamente por todos aqueles que participam do processo – trabalhadores de saúde mental, usuários e familiares – transformando a concepção do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos, apontando que as questões de saúde mental devem considerar a existência de múltiplos fatores e situações do sofrimento humano, colocando a doença entre parênteses e prezando os aspectos biopsicossociais, abrangendo os contextos culturais, afetivos, sociais e econômicos. Compreende-se que as práticas de cuidado em SM, que um dia foram pautadas na lógica do isolamento e exclusão, deixando a pessoa com transtorno mental e transtorno pelo uso de substâncias distante da convivência em sociedade, passa a se transformar, desse modo, os cuidados deixam de ser voltados para longas internações em hospitais psiquiátricos e manicômios [4,5].

Brasília é a capital federal do Brasil – o Distrito Federal (DF) – e está localizada na região Centro-Oeste. Conta com uma população de 3.094.325 habitantes distribuídas por 33 regiões administrativas – equivalentes a “bairros” – sendo a terceira cidade mais populosa do país (IBGE/2021) [6]. As 33 regiões administrativas são agrupadas em sete regiões de saúde (Tabela 1), contam com serviços de diferentes complexidades (atenção básica, média e alta complexidade) que prestam assistência à população de acordo com a disposição geográfica e epidemiológica [7,8].

Tabela 1 - Regiões de Saúde do Distrito Federal

Regiões de Saúde:	Regiões Administrativas:
Central	Asa Sul, Asa Norte, Cruzeiro, Lago Norte, Varjão e Vila Planalto;

Centro-Sul	Candangolândia, Estrutural, Guará, Park Way, Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo I, Riacho Fundo II, Setor de Indústria e Abastecimento (SIA) e Setor Complementar de Indústria e Abastecimento (SCIA)
Norte	Planaltina, Sobradinho, Sobradinho II e Fercal
Sul	Gama e Santa Maria
Leste	Paranoá, Itapoã, São Sebastião, Jardim Botânico e Jardins Mangueiral.
Oeste	Brazlândia e Ceilândia
Sudoeste	Águas Claras, Recanto das Emas, Samambaia, Taguatinga e Vicente Pires

Fonte: Informações extraídas do Plano Distrital de Saúde 2020-2023.

O Plano Diretor de Saúde Mental (PDSM) [7] do DF, aponta que a assistência em Saúde Mental (SM) tem buscado esforços para fortalecer os serviços substitutivos de base comunitária e territorial, tendo como objetivo ampliar e aprimorar o cuidado para a população conforme os paradigmas da RPB [1]. A Diretoria de Serviços de Saúde Mental da Secretaria de Estado de Saúde (DISSAM/SES-DF) é a responsável técnica pelos serviços que prestam assistência especializada em saúde mental para a população do Sistema Único Saúde (SUS) no DF. Suas ações são articuladas entre as Regiões de Saúde e suas superintendências, para que, em conjunto, tenham atribuições administrativas e compartilhadas com os demais atores sociais da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) [7,8]. Entre seus objetivos, busca direcionar as ações estratégicas para a ampliação de acesso e qualificação dos serviços no campo da saúde mental. Diante deste contexto, para alcançar seus objetivos, define como eixo orientador um tripé que envolve a expansão, a organização e qualificação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) [8]. Nesse sentido, para a qualificação da RAPS, o PDSM menciona o matriciamento em saúde mental para as equipes da Atenção Básica (AB), a normatização dos processos de trabalho nos serviços e os fluxos de encaminhamento e atendimento como ações estratégicas para o fortalecimento da RAPS, identifica-se então, a necessidade de investigar tais práticas.

Sede et al [9], discorre sobre o processo da RPB e das mudanças que vêm ocorrendo nas Políticas Públicas voltadas para o campo da saúde mental, aponta que para efetivar o modo de AP, é preciso investir na ampliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que tem a lógica de cuidado pautada na liberdade e no território, investir na gestão dos serviços, na capacitação contínua das equipes e na articulação e diálogo entre os pontos de atenção da rede.

Dias et al [10], discursa sobre as mudanças que aconteceram na Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) e nas diretrizes da Política Nacional sobre Drogas (PNAD), mudanças essas que, fortaleceram as chamadas Comunidades Terapêuticas (CT). As CT, geralmente, configuram-se como espaços distantes do convívio social, norteadas por práticas de longas internações, tendo como a abordagem de tratamento a abstinência, desencorajando a abordagem de Redução de Danos (RD), seguindo então, os moldes do modelo manicomial, sendo geridas por grupos privados e entidades filantrópicas com o uso de recurso público oriundo do Ministério da Justiça (MJ), passando a receber financiamento do Ministério da Saúde (MS), configurando um marco do retrocesso da RPb. Pensando nos paradigmas da RPb e no cuidado as pessoas com transtornos pelo uso de substâncias, a RD é uma estratégia de saúde pública de extrema importância, buscando reduzir os danos causados, permitindo identificar e intervir em demandas para além dos prejuízos decorrentes do uso, ampliando o cuidado para as demandas biopsicossociais. A RD não nega a abstinência, é possível que a pessoa tenha uma vida funcional mesmo em uso de álcool e outras drogas [10]. A PNAD, antes de suas recentes alterações, tinha a RD como estratégia de cuidado, surge então, indagações e reflexões de quais práticas podem ser realizadas para enfrentar e enfraquecer o movimento de desmonte dos serviços substitutivos, acontecimento infausto que se fortifica por meio das recentes alterações nas Políticas Públicas voltadas para o campo de SM [9,10,11].

Cruz et al [11] discorre sobre os marcos do retrocesso emergentes a partir das alterações nas Políticas Públicas no campo de SM, entre as mudanças, houve a criação de uma nova modalidade de CAPS, o CAPS AD IV. Este equipamento propõe o funcionamento de 24 horas nas regiões onde há cenas de uso de álcool e outras drogas, as chamadas cracolândias. Possui equipe completa, incluindo psiquiatras e equipes de enfermagem de plantão. Tal modalidade está programada para atender usuários em emergências psiquiátricas e encaminhá-los para abordagens terapêuticas em outros serviços da rede, como por exemplo as Comunidades Terapêuticas (CT), outrossim, a internação prolongada no próprio CAPS AD IV, aspectos característicos do modelo manicomial [11,12].

No que se refere aos estudos realizados no Brasil sobre articulação de rede na RAPS, Fonseca e Gallassi [13] discorrem sobre as práticas extramuros desenvolvidas pelos profissionais atuantes nos CAPS AD do DF, apontam que ainda são escassas as ações de cuidado fora da estrutura física dos serviços, e por mais que haja atividades extramuros, ocorrem de forma eventual e temporária, estando em processo de implementação e

consolidação. Gama et al [14], discutem sobre como são tratadas as demandas de SM na AB no estado de Minas Gerais, identificaram problemas na organização e articulação da RAPS, o que prejudicou as práticas de cuidado conforme os paradigmas da RFb. Sampaio e Bispo Júnior [15], avaliaram a estrutura e as práticas de articulação do cuidado em SM no estado da Bahia, identificaram uma rede fragmentada, com centralização nos serviços especializados, inexistência de fluxos instituídos, estrutura insuficiente e dificuldades de comunicação com a atenção primária e os demais pontos de atenção. Posto isto, explorar as práticas de articulação de rede entre os diversos pontos de atenção da RAPS pode contribuir com o sistema de atendimento, possibilitando a identificação dos pontos de maior fragilidade e ajustá-los de forma a padronizar e otimizar o atendimento em todos os pontos de atenção da rede. Tais medidas podem fortalecer o cuidado em SM de acordo com o modo da AP, rompendo o modelo manicomial de segregação e exclusão social, o que fundamenta a relevância deste estudo.

1.1 Do Trabalho em Rede até o Cuidado em Saúde Mental

O termo rede deriva do latim *rete*, em dicionários brasileiros tem como significado “o entrelaçado de fios, de espessura e materiais diversos, formando um tecido de malhas com espaçamentos regulares” [16]. Diversas áreas de estudo têm utilizado este termo para discutir temáticas referentes ao seu campo [17].

Nos achados de Avelar e Malfitano [17], a rede pode ser compreendida como “uma ferramenta de trabalho, ou uma estratégia, que propicia a interação entre os atores sociais, de um mesmo território, tendo como objetivo central a efetivação dos direitos da população, devendo se pautar pelo que é preconizado na política pública” (p.3204) [17]. essa compreensão vai de encontro a proposta do modo de AP, integrando os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo o cuidado integral às pessoas em sofrimento psíquico e seus familiares, estimulando os profissionais a atuarem em conjunto, se articulando nos mais diversos pontos de atenção. Amarante (p.88) [18] aponta que:

“As políticas de saúde mental e atenção psicossocial devem organizar-se em rede, isto é, formando uma série de pontos de encontro, de trajetórias de cooperação, de simultaneidade, de iniciativas e atores sociais envolvidos” (Amarante, 2007, p. 88) [18].

Compreendendo a rede como uma ferramenta que envolve diferentes pontos de atenção e diversos atores sociais, sejam profissionais, usuários e familiares, sua articulação permite ampliar o diálogo e as possibilidades de assistência, promovendo o cuidado em SM conforme o modo de AP, portanto, o trabalho em rede retém caráter relacional entre seus atores, sendo uma tecnologia leve e de extrema importância [18]. Para Merhy [19], a tecnologia leve é uma estratégia para os processos relacionais entre os profissionais de saúde, os usuários e seus familiares, seja de forma individual ou coletiva, sendo um cuidado pautado na escuta, no acolhimento, no diálogo, no vínculo, no encontro de um com o outro, em ato, o trabalho vivo. Assim, o trabalho em rede é considerado uma tecnologia leve e que se configura por meio da intervenção em ato, sendo operado por meio das relações e considerando a subjetividade dos seus diferentes atores sociais [19].

O cuidado em SM se orienta na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde (RAS) [20]. As RAS são consideradas 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 [20], ilustrando então, a importância da integração e articulação dos serviços em rede para a continuidade do cuidado em saúde mental de base territorial, conforme o modo de AP. A RAPS (Tabela 2), instituída pela Portaria GM/MS nº 3.088 de 23/12 de 2011 [21], oriunda do modelo da RAS, estabelece os pontos de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS) para o atendimento das pessoas em sofrimento psíquico e que apresentam prejuízos em decorrência do uso de álcool e outras drogas, integrando a saúde mental, por meio da articulação de rede, em todos os níveis e pontos de atenção do SUS, ressaltando a necessidade do cuidado em território, garantindo autonomia e liberdade, conforme os paradigmas da RFb. Estrutura-se a partir dos seguintes pontos de atenção: Atenção Básica - Unidades Básicas de Saúde e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF AB) – Atenção Psicossocial estratégica – diferentes modalidades de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – Atenção de urgência e emergência, Atenção domiciliar, Unidades de Acolhimento e Atenção Hospitalar [21]. Buscando assim, assegurar o atendimento integral e humanizado às pessoas em sofrimento psíquico e com prejuízos decorrentes do uso álcool e outras drogas. Possui gestão de caráter regional e um modelo de atenção aberto, de base comunitária, com a garantia da liberdade e convivência social pelos serviços, comunidade e território. Entre seus objetivos, estão a ampliação do acesso das pessoas ao modo de AP, a promoção do acesso aos diferentes pontos

e a garantia da articulação e integração destes pontos, a fim de proporcionar o cuidado integral e qualificado [21,22].

Tabela 2 - Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	Compreende os serviços:
Atenção Primária à Saúde (APS)	Unidades Básicas de Saúde (UBS), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF AB), as Equipes de Consultórios na Rua (CnR) e os Centros de Convivência e Cultura
Atenção Especializada	Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diferentes modalidades, - CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD II, CAPS ad III e CAPS infanto-juvenil
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento (UA), Serviço de Atenção em Regime Residencial e Comunidade Terapêutica
A Atenção Hospitalar	Leitos/enfermarias de saúde mental em hospital geral e pelo serviço hospitalar de referência
As Estratégias de Desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e o Programa de Volta para Casa; e a Reabilitação Psicossocial por meio de empreendimentos solidários e cooperativas sociais

Fonte: Informações extraídas da Portaria GM/MS nº 3.088 de 23/12 de 2011.

Os pontos de atenção da RAPS trabalhados neste estudo foram as UBS e os CAPS Álcool e outras Drogas (CAPS AD) do DF. A UBS, conhecida também como a porta de entrada das pessoas no SUS, tem como função promover a atenção integral à saúde da população, está instalada no território, próximo aos locais onde as pessoas moram, estudam, trabalham e vivem. Contam com equipes de Estratégia de Saúde da Família (eSF), compostas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, e por equipes de Saúde Bucal (eSB), composta por odontólogo e técnico em saúde bucal que desempenham papéis essenciais na garantia de acesso à saúde de qualidade [23,24].

Os NASF AB se apresentam como meio para o cuidado ampliado e integral às pessoas com transtornos mentais e transtornos pelo uso de substâncias, é recomendado que os NASF AB tenham na sua composição pelo menos um profissional da área de saúde mental, tais como: psicólogo, psiquiatra ou terapeuta ocupacional para o suporte em relação às demandas de SM por meio do apoio matricial para as eSF e eSB, oferta de assistência em saúde

especializada diretamente ao usuário e/ou apoio técnico pedagógico com ações de estudo e discussão de casos [23,24]. Apesar disso, assim como as políticas de SM, o NASF AB também sofreu um movimento de desmonte, desde a Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019 [25], o MS interrompeu o credenciamento dessas equipes, deixando o financiamento sob a responsabilidade do município [26,27]. Acrescenta-se que na AB, também existem as equipes de Consultórios na Rua (CnR), compostas por profissionais de saúde com responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua. As equipes realizam suas atividades de forma itinerante por meio do desenvolvimento de ações na rua, nos locais onde as pessoas se encontram, sejam em instalações específicas, na unidade móvel e também nas instalações de UBS, buscando realizar práticas articuladas em parceria com os demais pontos de atenção da rede, sejam os CAPS AD, a Rede de Urgência e dos serviços e até mesmo instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) entre outras instituições públicas e da sociedade civil, de acordo com as demandas, configurando a articulação intersetorial [28].

Na perspectiva dos paradigmas do modo de atenção psicossocial, o cuidado em saúde mental não se resume ao campo de saber da psiquiatria, sendo necessário o diálogo de forma ampliada com diversos atores sociais e pontos de atenção, dialogando com diferentes saberes e áreas de conhecimento, promovendo a articulação intersetorial. Nesse sentido, a intersetorialidade é incentivada por meio da criação de redes de atenção e cuidado que permeiam diferentes políticas, tendo uma concepção ampla em relação às necessidades da pessoa, permitindo então, a integralidade do cuidado, sendo uma estratégia de extrema importância no campo da SM [18].

No DF, existem cerca de 600 equipes de Saúde da Família (eSF), 51 Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF AB) e 3 equipes de Consultório na Rua (eCR) distribuídas em 172 Unidades Básicas de Saúde (UBS) nas Regiões de Saúde (RS) no Distrito Federal (Tabela 3) [8].

Tabela 3 - Equipamentos de UBS e CAPS nas Regiões de Saúde do DF

Região de Saúde:	Atenção Básica: Unidades Básicas de Saúde	Centro de Atenção Psicossocial CAPS
Central	10	03
Centro-Sul	19	02

Norte	34	03
Sul	22	01
Leste	28	02
Oeste	26	02
Sudoeste	34	05

Fonte: Dados extraídos do Plano Distrital de Saúde 2020/2023.

No que se refere aos Serviços de Atenção Secundária à Saúde Mental, o CAPS AD se configura como um articulador da RAPS, é um serviço de portas abertas, pautado pelos princípios da RD, específico para atenção integral e continuada às pessoas que apresentam transtorno pelo uso de substância, não exige a abstinência como meta única, buscando proporcionar a reinserção social e o fortalecimento dos vínculos familiares e territoriais. Possui equipe multidisciplinar, composta por assistentes sociais, enfermeiros, farmacêuticos, médicos clínico e psiquiatra, psicólogo e terapeutas ocupacionais, equipe que pode se modificar a depender da modalidade do serviço [22, 29]. Existem as modalidades AD do tipo II e III, sendo a principal diferença entre elas é que o CAPS AD III funciona 24 horas por dia, conta com leitos de retaguarda para desintoxicação, chamados de acolhimento integral em que a pessoa pode permanecer por até 14 dias, de acordo com sua demanda clínica e social, participando das atividades oferecidas por este serviço, muitas vezes vinculado à Unidade de Acolhimento (UA) [22, 29]. A UA tem como finalidade principal fornecer moradia transitória para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, por tempo determinado de até seis meses. Funciona como uma residência em período integral, 24 horas nos sete dias da semana, de forma articulada com os CAPS AD. Oferece acolhimento e cuidados contínuos sob o paradigma do modo de AP, o cuidado em liberdade e de base territorial [30].

No DF, existem 18 CAPS (Tabela 3), divididos entre: dois CAPS I, cinco CAPS II, um CAPS III, quatro CAPSi, sete CAPSad (Flor de Lótus, Itapoã, Sobradinho e Guará), sendo que, destes, três são CAPS ad III (Ceilândia, Samambaia e Rodoviária). Os CAPS, em suas diversas modalidades, estão distribuídos em 12 Regiões Administrativas, sendo: Riacho Fundo, Brazlândia, Recanto das Emas, Taguatinga, Samambaia, Santa Maria, Guará, Ceilândia, Paranoá, Itapoã, Sobradinho e Brasília. Para o atendimento de crianças e

adolescentes com sofrimento psíquico grave, conta com o Adolescento e o Centro de Orientação Médico Psicopedagógica (COMPP) [7,8].

Ante o exposto, as práticas de articulações entre os serviços de Atenção Básica e Atenção Secundária à Saúde Mental possibilitam a troca de saberes e experiências entre os diferentes pontos de atenção, proporcionando o desenvolvimento de atendimentos compartilhados e ações integradas, na perspectiva da Clínica Ampliada (CA); a CA tem como prerrogativa a capacidade de cuidar do outro para além do combate de doenças, tendo um olhar voltado para os diferentes contextos em que a pessoa está inserida, tal medida, promove o cuidado nos moldes da AP e rompe a lógica manicomial de segregação, investindo nas tecnologias leves como a escuta, acolhimento e vínculo [31].

Almeida et al [32] aponta a AB como um ponto estratégico para o cuidado em SM, sua proximidade com o território permite o acesso inicial dos usuários e seus familiares ao sistema público de saúde. A partir do acesso inicial, é possível identificar demandas e direcionar os casos de acordo com suas necessidades. Segundo Ribeiro e Cavalcanti [33], a AB se constitui como o ponto mais próximo e acessível ao usuário, sendo o lugar de referência para o qual ele retorna e onde é acompanhado, onde o caso é conduzido ao longo de todo seu processo de cuidado na rede de serviços, nesse sentido, a AB possui uma grande capacidade de articular com os diferentes pontos de atenção da RAPS [34,35]. Os profissionais que atuam nos serviços da AB e nos serviços da Atenção Secundária à Saúde Mental, devem buscar ferramentas para atuar na lógica do modo de AP, entre as estratégias utilizadas no campo da SM entre a AB e os CAPS AD, pode-se citar o Apoio Matricial (AM) [36] e o Projeto Terapêutico Singular (PTS) [37]. Santos [38] aponta que o profissional de saúde ao exercer a escuta qualificada e o acolhimento de forma efetiva, estando disponível, tem potencial em estabelecer vínculo com a pessoa atendida e compreender suas reais necessidades para identificar as demandas e traçar as intervenções.

O apoio matricial surge como metodologia de gestão do trabalho em saúde, proposto por Campos [36], tem como objetivo garantir a retaguarda especializada em saúde mental, com a capacidade para ofertar o suporte técnico-pedagógico e assistencial para os profissionais que compõem as equipes da AB, sendo uma prática interdisciplinar, em que os diferentes saberes profissionais se reúnem por meio de estudo e discussões de casos para traçar estratégias de intervenção diante as demandas apresentadas [36,39]. Trata-se, portanto, de um trabalho construído e realizado em parceria entre os serviços, os CAPS AD e as UBS, tendo

com um dos seus objetivos a resolutividade e o fortalecimento das ações realizadas em saúde mental no âmbito da AB, sem a necessidade de recorrer obrigatoriamente ao serviço especializado [40].

O matriciamento tem a lógica de prestar suporte técnico para os profissionais que compõem as equipes da AB, possibilitando distinguir os casos leves e moderados, dos casos graves e persistentes contribuindo, assim, com o direcionamento dos casos e sendo complementar ao serviço de referência e contrarreferência buscando um cuidado colaborativo entre os serviços. Os serviços passam por um processo de mudança das relações, com uma visão colaborativa, estimulando e facilitando o contato direto entre as equipes com vistas a discutir casos e elaborar PTS, firmando linhas de intervenções compartilhadas [36,39,41].

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma ferramenta de trabalho que tem como objetivo construir um plano de intervenções que atenda às necessidades da pessoa, envolve diferentes atores sociais, incluindo a participação do usuário e de família, bem como, a participação de profissionais de outros pontos de atenção da RAPS durante sua construção. Define responsabilidades e pactuações, pode ser reavaliado com o tempo e traçando novos objetivos [37]. Eslabão et al [42] aponta a importância das equipes da AB no processo de cuidado das pessoas com transtornos mentais e transtornos pelo uso de substâncias, apresentando a importância do olhar holístico, tendo como centro de intervenção a pessoa como um todo, em sua integralidade. Posto isto, compreende-se a articulação de rede como um dos pontos chaves para a produção de cuidado em SM, partindo do pressuposto que, ao explorar e compreender quais as práticas de articulação de rede realizadas pelos profissionais de saúde mental, bem como as dificuldades e os desafios, podem surgir estratégias interventivas e de promoção de saúde para o fortalecimento da AP [40,42].

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Explorar as práticas de articulação de rede desenvolvidas pelos profissionais de saúde atuantes nos Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) e nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) no Distrito Federal (DF), dois pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS);

2.2 Objetivos Específicos

Identificar as estratégias formais e não formais que são construídas para desenvolver as práticas de articulação de rede;

Compreender como são desenvolvidas as práticas de matriciamento, encaminhamento e reunião com os demais pontos existentes na RAPS;

Entender as dificuldades e os desafios para a articulação de rede entre Atenção Básica e Atenção Secundária a Saúde Mental.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Delineamento da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, de enfoque exploratório e descritiva, tendo a articulação de rede entre os profissionais de dois pontos da RAPS, o CAPS AD e a UBS, como objeto de estudo. Para Minayo [43], a abordagem qualitativa é indicada pela valorização dos aspectos subjetivos inerentes à atividade humana, criadora, afetiva e racional, apreendida através do cotidiano, da vivência, e da explicação do senso comum. Permite revelar processos sociais pouco conhecidos e construir novas abordagens, conceitos e categorias durante a investigação, não se destinam a serem medidos e quantificados.

Segundo Gil [44], as pesquisas exploratórias buscam proporcionar familiaridade com o problema, tendo como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições. Seu planejamento é, portanto, flexível de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao objeto de estudo. Nesse sentido, a abordagem qualitativa exploratória e descritiva possibilitou uma investigação aprofundada das práticas de articulação de rede desenvolvidas pelos profissionais da AB e do CAPS AD do DF.

Para diversificar os achados, foi utilizado como estratégia de coleta de dados a triangulação intramétodo com o emprego de duas técnicas desenvolvidas em ambiente virtual: i) entrevista semiestruturada de forma síncrona; ii) entrevista estruturada de forma assíncrona. A triangulação intramétodo^{49,50} oferece ao pesquisador olhares múltiplos e diferentes do mesmo lugar de fala, oferece bases mais sólidas para a compreensão dos fenômenos, já que se utiliza de uma multiplicidade de coletas e o confronto das diversas perspectivas alcançadas no processo de pesquisa, abrindo então, um leque de possibilidades para o uso de instrumentos diversificados de coleta, sejam semiestruturados, estruturados e com questionamentos abertos, esse processo favoreceu o levantamento de informações acerca do objeto de estudo em suas diferentes vivências e percepções [45,46]. Na entrevista semiestruturada síncrona foram utilizados os seguintes temas disparadores: as estratégias utilizadas para tecer o trabalho em rede, as dificuldades existentes para o diálogo entre os pontos de atenção da RAPS – com foco na relação entre UBS e CAPS AD – e quais ações podem ser feitas para ampliar a articulação de rede. Na entrevista estruturada assíncrona foram abordados os aspectos sociodemográficos, as percepções sobre o trabalho em rede e as práticas realizadas para a articulação – também com foco na relação entre UBS e CAPS AD – e quais

estratégias são feitas para a continuidade deste trabalho. Esse processo favoreceu o acesso a informações e percepções objetivas e subjetivas acerca do objeto de estudo.

3.2 Coleta de Dados

3.2.1 Critérios de Inclusão

Os critérios de inclusão foram: (i) atuar em CAPS AD ou UBS, (ii) ser maior de 18 anos, e (iii) aceitar participar do estudo. Foram incluídos pelo menos dois profissionais de saúde de cada região de saúde - considerando que no DF existem sete Regiões de Saúde que prestam assistência à população - para cada participante atuante da UBS, houve outro participante atuante do CAPS AD, tendo em comum a mesma RS, sendo possível explorar a dinâmica entre cada Região de Saúde do DF.

3.2.2 Critério de exclusão

Foram excluídos do estudo os profissionais de saúde que estavam atuando nos pontos de atenção (CAPS AD e UBS) de forma temporária – residentes -.

3.2.3. Estratégias para a coleta de dados

As entrevistas, tanto a semiestruturada quanto a estruturada, aconteceram de forma concomitante entre maio de 2022 e janeiro de 2023, desenvolvidas em ambiente virtual, utilizou-se a plataforma *google meet* para as entrevistas semiestruturadas e o *google forms* com perguntas abertas sem limite de linhas para as entrevistas estruturadas.

A pesquisadora divulgou a proposta do estudo nas redes sociais via whatsapp e e-mail para os serviços da AB e CAPS AD, surgindo então, manifestações de interesse para a participação, assim, a entrevista era agendada, ou, caso o participante optasse pela participação assíncrona, era enviado o formulário online com perguntas abertas. Foram seguidas as orientações de pesquisas realizadas em meio ou ambiente virtual e forma não presencial de acordo com as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466 de 2012 [47] e a de nº 510 de 2016 [48].

No que se refere ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), nas entrevistas semiestruturadas síncronas o envio do foi feito via e-mail ou whatsapp com antecedência ao dia e horário agendado para a entrevista, dessa forma, os participantes assinavam e encaminhavam para a pesquisadora responsável; as entrevistas foram gravadas em vídeo com áudio e o material foi transcrito na íntegra. Nas entrevistas estruturadas

assíncronas, a primeira página do formulário apresentava o TCLE, para ter acesso as perguntas, era necessário manifestar o aceite do TCLE.

3.2.4 Roteiro das Entrevistas

i) Entrevista Estruturada Assíncrona

Parte I: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Parte II: Aspectos Sociodemográficos Em qual serviço da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Distrito Federal você atua? Em qual região do Distrito Federal fica localizado este serviço? Atua neste serviço há quanto tempo? Qual sua categoria profissional? Qual sua idade? Com que gênero se identifica?
Parte III: Atuação na Rede de Atenção Psicossocial Conte um pouco sobre sua atuação: Na sua opinião, o que significa o trabalho em rede? Consegue articular com a Atenção Básica ou Atenção Secundária à Saúde Mental? Em quais casos? Quais estratégias utiliza para desenvolver a articulação de rede com os outros pontos da RAPS? Quais são as principais facilidades da articulação de rede com os outros pontos da RAPS? Quais são as principais dificuldades da articulação de rede com os outros pontos da RAPS? Consegue ter diálogo com os outros serviços existentes na RAPS? Dê exemplos: Como é feito o contato com os outros serviços da RAPS? Dê exemplos de como é realizado este contato com os outros pontos da RAPS: A pandemia influenciou na articulação da rede? de que forma? O senhor(a) participa de reuniões de rede? Como funcionam essas reuniões? O senhor(a) participa de reuniões de matriciamento? Como funcionam essas reuniões? Quais as barreiras e limitações você identifica para que seja realizado o trabalho em rede? O que faria para ampliar e facilitar a articulação de rede? Gostaria de compartilhar algo sobre a articulação de rede que não foi perguntado?

Obrigada pela sua participação!

ii) Entrevista Semiestruturada Síncrona

Parte I - Dados de Identificação:

Atua em qual CAPS AD/ UBS?

Qual a região de saúde que este serviço está localizado?

Formação Profissional?

Parte II - Perguntas disparadoras para todos os participantes:

1) Conte um pouco sobre a dinâmica do serviço e sua atuação;

2) Você trabalha em rede, se sim, quais estratégias utiliza?

3) Quais são as principais facilidades e dificuldades do trabalho em rede?

4) A equipe consegue ter diálogo com os outros serviços das RAPS?

5) Como vocês realizam o encaminhamento para outros pontos da rede?

6) Quais barreiras, dificuldades e limitações você identifica para que seja realizada a articulação de rede?

3.3 Local de Pesquisa

A pesquisa teve como cenário os profissionais atuantes do Distrito Federal (DF), de dois pontos da RAPS, os CAPS AD e as UBS.

3.4 Análise dos dados

A análise dos dados foi feita por meio da técnica de análise de conteúdo orientada por Bardin [49], abrangendo três etapas: (1) a primeira etapa foi a pré análise do material coletado, realizada por meio da leitura e releitura cuidadosa das transcrições, tanto das entrevistas semiestruturadas quanto das estruturadas, tendo como intuito sistematizar e se aproximar dos achados a serem analisados; (2) a segunda etapa foi a elaboração dos eixos temáticos que se deu por meio da repetição e relevância do material. Dado os objetivos do estudo, foi realizado um recorte em unidades de registro e classificado em um único eixo temático que discute as práticas de: i) matriciamento; ii) encaminhamento; e iii) reuniões com a rede. As práticas de matricular, encaminhar e se reunir com a rede são entendidas como práticas que se complementam e se constroem em conjunto, nesse sentido, são discutidas concomitantemente

sem divisões e separações; e por fim, (3) a terceira etapa foi a fase de tratamento, inferência e interpretação do material coletado. Em cada eixo temático foram exploradas as práticas dos profissionais em relação à temática de articulação de rede com os diferentes pontos de atenção da RAPS com ênfase em saúde mental (transtornos mentais e pelo uso de substância); o foco não esteve voltado especificamente para o serviço, mas para as práticas exercidas pelos profissionais que os compõem.

3.5 Preceitos Éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde do DF (SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF), sob o número do CAAE: 53345921.7.3001.5553 (Anexo II) e pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ceilândia, da Universidade de Brasília (CEP/FCE/UnB), sob o número do CAAE: 53345921.7.0000.8093 (Anexo III); Disponível para consulta: <http://plataformabrasil.saude.gov.br/login.jsf>). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Informado de forma virtual.

O material coletado foi gravado no computador da pesquisadora responsável em uma pasta com senha para assegurar a privacidade e a confidencialidade dos dados obtidos, preservando integralmente o anonimato e a imagem do participante, todos os entrevistados tomaram ciência dos riscos existentes na pesquisa e assinaram o TCLE.

4. RESULTADOS

Este estudo foi realizado no DF entre maio de 2022 até janeiro de 2023. O número total de entrevistados foram 36 participantes com predomínio do sexo feminino (33) e apenas (03) do sexo masculino. A faixa etária variou entre 29 e 53 anos, sendo que a maioria (20) se encontrava na faixa etária dos 30 aos 40 anos. Entre os participantes, 18 eram atuantes na AB e 18 eram atuantes nos CAPS AD, distribuídos entre as seguintes categorias profissionais: 02 assistentes sociais, 08 enfermeiros, 01 fisioterapeuta, 02 médicos, 02 nutricionistas, 05 psicólogas, 04 técnicos de enfermagem e 12 terapeutas ocupacionais. Para complementar e enriquecer os achados, foram utilizadas duas técnicas de coleta de dados, a entrevista semiestruturada no formato síncrono e a entrevista estruturada no formato assíncrono, ambas realizadas por meio do ambiente virtual.

Nas entrevistas semiestruturadas síncronas, participaram 16 profissionais de saúde (Quadro 8), com predomínio do sexo feminino (15) e apenas (01) do sexo masculino. Sendo 09 profissionais atuantes dos CAPS AD e 07 profissionais atuantes das UBS, distribuídos entre as seguintes categorias profissionais: 03 enfermeiras, 02 psicólogas, 01 médico, 02 nutricionistas, 01 técnica em enfermagem no cargo de gerência e 07 terapeutas ocupacionais.

Nas entrevistas estruturadas assíncronas, participaram 20 profissionais de saúde (Quadro 9), com predomínio do sexo feminino (18) e apenas (02) do sexo masculino. Sendo 09 profissionais atuantes dos CAPS AD e 11 profissionais atuantes das UBS, distribuídos entre as seguintes categorias profissionais: 02 assistentes sociais, 05 enfermeiras, 01 fisioterapeuta, 01 médico, 03 psicólogas, 03 técnicas em enfermagem e 05 terapeutas ocupacionais.

O tempo predominante de atuação dos participantes do CAPS AD foi de 06 meses até 17 anos e da UBS foi de 05 meses até 17 anos. No que se refere as Regiões de Saúde do DF, tiveram 04 representantes da Região de Saúde Central, 04 representantes da Região de Saúde Centro Sul, 05 representantes da Região de Saúde Norte, 05 representantes da Região de Saúde Sul, 06 representantes da Região de Saúde Oeste, 05 representantes da Região de Saúde Leste e 07 representantes da Região de Saúde Sudoeste.

Foram excluídos da pesquisa 04 participantes, sendo 03 da entrevista estruturada no formato assíncrono: 01 profissional de saúde que participou das duas técnicas de coleta de dados – mantendo a sua participação na técnica da entrevista semiestruturada síncrona-, 01

profissional de saúde residente e 01 que não era atuante de UBS e CAPS AD; e da entrevista semiestruturada síncrona, foi excluída 01 profissional de saúde que não era atuante de UBS e CAPS AD.

Os relatos dos entrevistados foram nomeados de acordo com: i) a forma de participação, para as entrevistas semiestruturadas (ES) e para as entrevistas estruturadas (EE); ii) a ordem de participação, variando de (01) até (36); iii) para os profissionais de saúde atuantes da Atenção Básica foi utilizado (AB) e para os atuantes em CAPS AD foi utilizado (AD); iv) nas regiões de saúde foram usadas as iniciais: (i)Região de Saúde Central (RC); (ii)Região de Saúde Centro-Sul (RCS), (iii)Região de Saúde Norte (RN), (iv)Região de Saúde Sul (RSL), (v)Região de Saúde Leste (RL), (vi)Região de Saúde Oeste (RO) e (vii)Região de Saúde Sudoeste (RS).

Tabela 04 - Perfil dos Participantes da Entrevista Síncrona

Participante	Serviço	Região de Saúde	Categoria Profissional	Sexo	Tempo no serviço
ES.01/ AD-RS	CAPS AD III SAMAMBAIA	Sudoeste	Psicóloga	Feminino	4 anos
ES.02/ AD-RN	CAPS AD II SOBRADINHO	Norte	Terapeuta Ocupacional	Feminino	8 anos
ES.03/AD-RCS	CAPS AD GUARÁ	Centro Sul	Terapeuta Ocupacional	Feminino	17 anos
ES.04/ AD-RS	CAPS AD III SAMAMBAIA	Sudoeste	Terapeuta Ocupacional	Feminino	4 anos
ES.05/ AD-RN	CAPS AD II SOBRADINHO	Norte	Enfermeira	Feminino	7 anos
ES.06/AB-RSL	UBS SANTA MARIA	Sul	Médico	Masculino	2 anos e 8 meses
ES.07/AB-RCS	UBS RIACHO FUNDO	Centro Sul	Terapeuta Ocupacional	Feminino	4 anos
ES.08/AB-RO	NASF CEILÂNDIA	Oeste	Terapeuta Ocupacional	Feminino	4 anos
ES. 09/AB-RO	NASF CEILÂNDIA	Oeste	Terapeuta Ocupacional	Feminino	4 anos
ES. 10/AB-RS	UBS SAMAMBAIA	Sudoeste	Enfermeira	Feminino	2 anos

ES. 11/AB-RN	NASF SOBRADINHO	Norte	Nutricionista	Feminino	7 anos
ES. 12/AB-RC	NASF ASA SUL	Central	Nutricionista	Feminino	4 anos
ES.13/AD-RO	CAPS AD CEILÂNDIA	Oeste	Psicóloga	Feminino	4 anos
ES. 14/AD-RC	CAPS AD RODOVIÁRIA	Central	Enfermeira	Feminino	6 meses
ES.15/AD-RL	CAPS AD ITAPOÃ	Leste	Téc. em Enfermagem / Gerente	Feminino	9 anos
ES.16/AD-RCS	CAPS AD GUARÁ	Centro Sul	Terapeuta Ocupacional	Feminino	17 anos

Fonte: elaboração da própria pesquisadora.

Tabela 05 - Perfil dos Participantes Da Entrevista Assíncrona

Participante	Serviço	Região de Saúde	Categoria Profissional	Sexo	Tempo no serviço
EE.01/AD-RL	CAPS AD ITAPOÃ	Leste	Téc. em Enfermagem	Feminino	7 anos
EE.02/AD-RC	CAPS AD RODOVIÁRIA	Central	Terapeuta Ocupacional	Feminino	9 anos
EE.03/AD-RO	CAPS AD CEILÂNDIA	Oeste	Assistente Social	Feminino	10 anos
EE.04/AD-RO	CAPS AD CEILÂNDIA	Oeste	Enfermeira	Feminino	8 anos
EE.05/AB-RS	UBS SAMAMBAIA	Sudoeste	Médico	Masculino	6 meses
EE.06/AB-RS	NASF SAMAMBAIA	Sudoeste	Terapeuta Ocupacional	Feminino	1 ano e 4 meses
EE.07/AB-RC	UBS ASA SUL	Central	Enfermeira	Feminino	5 meses
EE.08/AB-RO	NASF AB 12 CEILÂNDIA	Oeste	Assistente Social	Feminino	9 anos
EE.09/AB-RL	NASF AB	Leste	Terapeuta	Feminino	6 anos

	ITAPÕA		Ocupacional		
EE.10/AB-RS	UBS VICENTE PIRES	Sudoeste	Enfermeira	Feminino	6 meses
EE.11/AD-RSL	CAPS AD SANTA MARIA	Sul	Enfermeira	Feminino	9 anos
EE.12/AD-RSL	CAPS AD SANTA MARIA	Sul	Técnico em Enfermagem	Feminino	1 ano
EE.13/AB-RSL	UBS SANTA MARIA	Sul	Fisioterapeut a	Masculino	2 anos
EE.14/AB-RN	NASF AB SOBRADINHO	Norte	Terapeuta Ocupacional	Feminino	14 anos
EE.15/AD-RN	CAPS AD II SOBRADINHO	Norte	Psicóloga	Feminino	06 meses
EE.16/AD-RS	CAPS AD SAMAMBAIA	Sudeste	Psicóloga	Feminino	8 meses
EE.17/AD-RSL	CAPS AD SANTA MARIA	Sul	Técnico em Enfermagem	Feminino	1 ano
EE.18/AB-RL	UBS PARANOÁ	Leste	Psicóloga	Feminino	5 anos
EE.19/AB-RL	UBS PARANOÁ	Leste	Enfermeira	Feminino	2 anos
EE.20/AB-RCS	UBS GUARÁ	Centro Sul	Terapeuta Ocupacional	Feminino	3 anos

Fonte: Elaboração da Própria Pesquisadora.

5. DISCUSSÃO

Do matriciar, ao encaminhar (referência e contrarreferência) até se reunir com a rede

5.1 Região de Saúde Central

A Região de Saúde Central possui em média 436.912 habitantes (Quadro 1), uma região que abrange sete regiões administrativas do DF, sendo a Asa Norte (145.311) com maior número populacional e o Varjão com menor número populacional (10.385). Nesta região existem dez (10) Unidades Básicas de Saúde e três (3) Centros de Atenção Psicossocial, divididos entre: modalidade álcool e outras drogas tipo III; modalidade geral tipo II; e por fim, modalidade infanto-juvenil tipo I [7,8].

Quadro 1: Apresentação da Região de Saúde Central

Região Administrativa	População
RA1 - Asa Sul	104.817
RA1 - Asa Norte	145.311
RA 11 – Cruzeiro	41.457
RA 16 - Lago Sul	36.673
RA 18 - Lago Norte	39.152
RA 22 - Sudoeste/Octogonal	59.117
RA 23 - Varjão	10.385
Total da População da Região Central:	436.912

Fonte: Dados extraídos do Plano Distrital de Saúde 2020/2023.

Na Região de Saúde Central, participaram do estudo quatro profissionais de saúde, sendo dois representantes da AB, localizados na RA da Asa Sul, uma enfermeira da equipe da eSF e uma nutricionista da equipe do NASF AB e dois representantes do CAPS AD Rodoviária, uma terapeuta ocupacional e uma enfermeira. Segundo os relatos, o CAPS AD Rodoviária, também conhecido como CAPS AD Candango, desenvolve o matriciamento semanalmente, menciona-se a equipe do CnR e Centro Pop, localizados próximos ao CAPS AD Rodoviária, como participantes ativos nestas reuniões:

“Toda semana tem o matriciamento, basicamente é uma discussão de casos, por exemplo, o consultório na rua ou o centro pop estão atendendo um caso que não acessa o CAPS AD [...] Os profissionais do CAPS AD dão uma orientação de como agir e como acolher, embora

o uso não seja tão intenso que justifique o acolhimento no CAPS AD. Os profissionais ensinam técnicas de abordagem e de terapêutica que a atenção básica pode aplicar” [ES.14/AD-RC].

A falta de carro e de motorista interferem na realização da atividade em UBS que estão mais distantes do serviço:

“Ter um carro no serviço, com motorista, para a gente poder matricular outras unidades, fazer esse matriciamento de forma mais sistemática e como um processo de trabalho mesmo, não só em uma unidade quando tiver um caso, ou uma unidade que tenha mais casos para a gente atender, mas, matricular outras unidades de atenção básica, ver outros locais, ver quem são as pessoas que estão acessando essas unidades e quais demandas de saúde mental, álcool e outras drogas existem. Só que para isso, a gente precisa ter como se deslocar, porque nem todo servidor vai querer ir por conta própria” [ES.14/AD-RC].

Diante da falta de motorista e carro, os profissionais de saúde do CAPS AD Rodoviária, utilizam as plataformas online e acionam os contatos pessoais dos profissionais atuantes em outros pontos de atenção, esses recursos são utilizados, devido à falta de meios institucionais:

“As barreiras encontradas são a limitação de transporte para deslocamento às unidades, utilizando então, principalmente, os recursos online para discussão e acompanhamento de casos [...] Também existe a dificuldade de ter contatos institucionais, utilizando com frequência os contatos pessoais dos profissionais” [EE.02/AD-RC]

O sistema de registro do CAPS AD Rodoviária é o prontuário físico, o uso do prontuário físico impede que os profissionais consultem os demais atendimentos em outros pontos de atenção. Com isso, menciona-se como estratégia, contatar diretamente os profissionais atuantes dos outros serviços, pelo telefone pessoal, para obter informações dos casos atendidos, apontando que, um sistema de registro eletrônico unificado entre todos os pontos de atenção da RAPS facilitaria no acompanhamento do usuário:

“Esses dias eu acolhi uma paciente que era para o CAPS de transtornos mentais graves e persistentes, aí eu conversei com a colega que recebeu essa paciente lá. Esse deveria ser o fluxo correto, mas não vou mentir para você que não são todos os profissionais que fazem isso. Em geral, a gente faz uma guia de encaminhamento, coloco ali um pouco do histórico, por que que tá encaminhando e orienta o paciente para ir até o serviço [...] A gente não consegue acompanhar se ele foi, se ele não foi, justamente porque a gente não tem sistema, porque se a gente tivesse, era só acessar e ver se ele chegou para acolhimento do outro serviço, seria mais fácil, mas a gente não tem [...] Às vezes eu recebo um paciente com comprometimento clínico grave, eu sei que ele já deu entrada em hospital, por exemplo, e eu não tenho acesso ao histórico clínico dele, isso iria facilitar até a maneira de eu receber ele, se ele precisar ficar em acolhimento integral, porque eu saberia os cuidados mais específicos que eu teria que ter com ele, ou alguma complicação que pudesse surgir. Às vezes o paciente chega muito confuso, já passou por outras unidades, se a gente conseguisse acessar, a gente poderia colher informações de uma maneira mais facilitada, e a gente acaba não podendo fazer isso por falta de um sistema” [ES.14/AD-RC].

A literatura internacional aponta que a implantação de um sistema de prontuário eletrônico integrado entre os serviços, tem potencial para melhorar a qualidade e a eficiência de todo o sistema de saúde, a ausência dessa ferramenta acaba rompendo a comunicação e a troca de informações entre os diferentes pontos de atenção, sendo um dos maiores desafios identificados [50,51].

No que tange as reuniões de rede, são consideradas pelos participantes como uma ferramenta importante para articulação dos pontos de atenção da RAPS, considerando que nela participam vários atores sociais de diferentes equipamentos, para além do cuidado em saúde, abrangendo dispositivos socioassistenciais e jurídicos, desenvolvendo a articulação intersetorial entre diferentes políticas:

“As reuniões de rede têm acontecido de forma on-line, com a atenção primária, terciária, outros CAPS, serviços da assistência social e

justiça, onde são discutidos casos que os serviços acompanham conjuntamente” [EE.02/AD-RC]

Menciona-se que grande parcela das pessoas atendidas no CAPS AD Rodoviária encontra-se em situação de rua e que a falta de políticas públicas voltadas para essa população dificulta fortemente o processo de reabilitação psicossocial:

“Eu acho que a gente atende lá no CAPS AD Candango uma parcela da população de rua, eu diria que a maior parte da nossa demanda é população em situação de rua. Então eles estão enfrentando múltiplas vulnerabilidades. A ausência de políticas públicas para essa parcela da população é um dificultador, porque a gente precisa de muito esforço da rede para a gente conseguir ajudar esse paciente, né? Às vezes ele está com alguma coisa problemática em que não consegue trabalhar, então a gente precisaria acessar algum nível de benefício, isso demora, o paciente tem que ir em vários serviços e ele não tem essa organização na rua para entender que ele precisa chegar no horário marcado. Então, os outros serviços não têm essa sensibilidade, essa flexibilidade com a população em situação de rua, de compreender que é uma população com múltiplas vulnerabilidades, que requer uma desburocratização do acesso. Então, eu diria que o maior desafio hoje é fazer essa combinação de políticas públicas para ajudar a pessoa em situação de rua” [ES.14/AD-RC]

Em recente levantamento divulgado em junho de 2022 realizado pela Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN/2022) [52], estima-se que há quase três mil pessoas em situação de rua no DF e, destas, 604 passaram a viver nesta condição durante a pandemia da Covid-19. A RC é onde foi encontrado o maior número de pessoas em situação de rua (24,8%). Segundo o levantamento, das 2.938 pessoas identificadas, o serviço de saúde mais utilizado entre os participantes é a UBS (42,1%) e os hospitais e pronto socorros (32,7%). Dentre as 14 doenças/problemas de saúde mais comuns relatados na pesquisa, a primeira foi depressão/transtornos mentais (37,7%); 72,9% afirmaram usar alguma substância e 66,5% destes referem fazer esse uso de forma diária. Dentre as drogas utilizadas, as mais consumidas são o tabaco (72,3%), o álcool (65,9%) e o crack (36,8%) [52].

Paiva e Guimarães [53], discorrem sobre a assistência às pessoas que apresentam prejuízos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, que, por muitas vezes, são rotulados e estigmatizados, o que impacta na participação e circulação dessas pessoas em diferentes espaços sociais e serviços de saúde, resultando na necessidade de integração dos serviços e da sociedade para o enfrentamento do preconceito e da exclusão, em busca de espaços sociais e de cuidado que sejam participativos e inclusivos. Partindo deste ponto, entende-se que a pessoa com transtorno mental e transtorno pelo uso de substâncias, não deve ser atendida apenas no serviço especializado, o usuário pertence a rede, sua condição de saúde faz com que ele precise acessar diferentes pontos de atenção da RAPS, em diferentes momentos da vida. Parte dos profissionais, quando não abrangem a totalidade do usuário, acabam fortalecendo o modelo manicomial [53].

No que tange aos relatos dos participantes da AB, afirmam que, por hora, não existe um cronograma de reuniões de matriciamento com o CAPS AD, afirmam que com outras modalidades de CAPS, tais como o infanto-juvenil e o geral desta mesma região, conseguem ter uma articulação implicada:

“Com o CAPS AD eu confesso que são poucos casos, do tempo que eu tô aqui, eu me recordo de um caso em específico, que houve uma discussão de uma paciente que morava na área da Vila Hotel Brasília, no qual foi feito esse matriciamento. Mas, normalmente, até onde eu sei, a gente não tem um contato tão próximo com o CAPS AD, geralmente é feita a orientação que a paciente procure o serviço para que seja acolhido” [ES.12/AB-RC].

Mesmo com os apontamentos sobre a falta de reuniões de matriciamento entre esses dois pontos de atenção - UBS e CAPS AD -, o matriciamento é definido pelos participantes como uma estratégia de grande importância para atender as pessoas com transtornos mentais e transtornos devido ao uso de substâncias. Menciona-se a defasagem no quadro de recursos humanos, as eSF estão sempre acionando o NASF AB para esses casos, para atender as demandas do campo de saúde mental:

“O NASF atualmente não está completo, estamos com a nutricionista, dois fisioterapeutas, uma assistente social e uma farmacêutica, que, não completam as 200 horas para que seja considerado uma equipe consistida. Estamos sem o profissional do núcleo específico de saúde

mental, isso é uma grande questão. Nossa psicóloga e terapeuta ocupacional saíram do UBS e não houve reposição dessas profissionais. Acho que a psicóloga saiu há uns três anos e a TO vai para dois, não teve reposição” [...] O matriciamento do CAPS AD aqui seria muito importante mesmo, para um acolhimento melhor, uma escuta melhor. Hoje a gente percebe que para grande parte dos profissionais daqui, há uma dificuldade mesmo de ter acolhimento inicial, muitas vezes, o que se vê, é uma demanda de saúde mental, de qual ordem for, e o NASF é acionado, não são todos os profissionais que têm o manejo para que seja feita essa escuta inicial, então acredito que os matriciamentos regulares seriam muito importantes” [ES.12/AB-RC]

Menciona-se que as reuniões de matriciamento entre UBS e CAPS AD contribuiriam na identificação dos casos avaliados como graves e persistentes e que precisam ser encaminhados para o serviço especializado, as equipes das UBS possuem dificuldade nessa avaliação e muitos encaminhamentos feitos para o CAPS AD, acabam retornando para a UBS:

“A gente tem que focar, no caso da UBS, nesse acolhimento inicial, porque muitas vezes os casos podem nem chegar, nem serem ouvidos e atendidos na demanda que é necessária de saúde mental, ao ponto de serem encaminhados [...] Muitas vezes, os casos são encaminhados e referenciado para um serviço e volta dizendo não ser critério para aquele serviço. Então, para que se entenda melhor o fluxo, os critérios, seria necessário que a gente conseguisse organizar melhor, muitos casos graves que a gente entende acabam ficando aqui, no manejo da UBS, por não ser entendido como critério dos serviços especializados” [ES.12/AB-RC]

Cordeiro et al [54] discutem sobre a implementação de protocolos de conduta assistencial na AB do município de Juiz de Fora no estado de Minas Gerais, e que, a partir desta implementação, houve um avanço significativo na articulação de rede entre os pontos de atenção, sustentando a capacitação multiprofissional, o fortalecendo da UBS como porta de entrada para o acolhimento, tratamento e acompanhamento em saúde mental conforme os paradigmas da RPB. Diante deste contexto, compreende-se que quando há uma articulação de

rede atuante, consolidada e fortalecida, os usuários recebem as intervenções necessárias já na AB, rompendo a lógica do encaminhamento para o serviço especializado e fortalecendo o modelo de cuidado no território [54]. As práticas de articulação de rede na AB sofrem as mesmas problemáticas do CAPS AD Rodoviária, a falta de um sistema de prontuário eletrônico unificado entre os pontos de atenção da RAPS e a falta de carro para o deslocamento:

“Toda a articulação é feita por aplicativo de mensagens particular de servidores. E os encaminhamentos para o SISREG. Idas aos locais com transporte próprio” [EE.07/AB-RC]

O SISREG é um sistema de informações *on-line* disponibilizado pelo DATASUS para o gerenciamento e operação das centrais de regulação. É um *software* que funciona por meio de navegadores instalados em computadores conectados à internet, composto por três módulos independentes: a Central de Marcação de Consultas; a Central de Internação Hospitalar; e Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo [55]. Em relação às reuniões de rede, as participantes da AB desconhecem reuniões da rede que envolvem o campo da saúde mental, menciona-se uma reunião em que a assistente social participa, mas é voltada para a área socioassistencial:

“Existe uma reunião de rede regular que a assistente social participa relacionada aos equipamentos da assistente social [...] a gente não participa” [ES.12/AB-RC]

Os participantes da Região de Saúde Central, tanto da UBS quanto do CAPS AD, apontam que estratégias de educação permanente, integração do sistema de prontuários eletrônicos unificados, sistema telefônico e transporte para o deslocamento podem contribuir na ampliação e consolidação das práticas de articulação de rede:

“A estratégia de educação permanente com a equipe, para que a equipe entenda a importância da educação intersetorial” [ES.14/AD-RC]

“A boa vontade e a dedicação de alguns servidores [...] A integração de prontuários, contratação de serviço de telefonia, e-mail funcional robusto [...]” [EE.07/AB-RC]

“Disponibilidade dos serviços, recursos de transporte, telefone, meios de internet disponível, contatos institucionais” [EE.02/AD-RC]

“Eu acho que falta ter a qualificação maior de todos os profissionais” [ES. 12/AB-RC]

Nos estudos de Nóbrega et al [56], Silva et al [57] e Santos et al [58], a falta de recursos humanos, de investimentos em equipamentos adequados e de ações de educação continuada, foram considerados grandes impasses para a efetivação do trabalho em rede, reforçando, então, que, investir em estratégias de educação continuada e permanente, integrar o sistema de prontuários eletrônicos entre todos os pontos de atenção da RAPS, ter um sistema telefônico, e investir em transporte para o deslocamento, são estratégias valiosas que podem ampliar e consolidar o diálogo entre os pontos de atenção da RAPS, indo ao encontro dos achados deste estudo.

5.2 Região de Saúde Centro Sul

A Região de Saúde Centro-Sul (Quadro 2) possui em média 315.342 habitantes, abrange oito regiões administrativas do DF, sendo o Guará com maior número populacional (126.829) e o S.I.A com menor número populacional (2.772). Nessa região existem dezenove (19) Unidades Básicas de Saúde e dois (02) CAPS, divididos entre: modalidade álcool e outras drogas tipo II e modalidade geral tipo II [7,8].

Quadro 2: Apresentação da Região de Saúde Centro-Sul

Região Administrativa	População
RA 19 - Candangolândia	18.444
RA 25 - Estrutural	33.494
RA 10 - Guará	126.829
RA 8 - Núcleo Bandeirante	28.698
RA 24 - Park Way	23.064
RA 17 - Riacho Fundo I	41.347
RA 21- Riacho Fundo II	40.694
RA 29 - S.I.A	2.772
Total da População da Região Centro-Sul:	315.342

Fonte: Dados extraídos do Plano Distrital de Saúde 2020/2023.

Na Região de Saúde Centro Sul participaram quatro profissionais, sendo quatro terapeutas ocupacionais, duas da equipe do NASF AB, sendo uma do Guará e outra do Riacho Fundo I. Os participantes do CAPS AD Guará foram duas terapeutas ocupacionais, resultando em quatro participantes da mesma categoria profissional.

Ressalta-se que a participante (ES.03/AD-RCS) do CAPS AD Guará, participou nos dois formatos de coleta de dados, sendo inserido nos achados apenas a participação que se deu por meio da entrevista semiestruturada síncrona. Também foi excluída desta Região de Saúde uma enfermeira que estava dentro do critério de exclusão deste estudo.

Menciona-se que durante o período da pandemia, houve uma pausa nas reuniões de matriciamento devido à sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde das UBS, as UBS estavam envolvidas nas campanhas de vacinação contra a covid-19. Além disso, menciona-se a falta de um trabalho a nível de gestão para esclarecer a importância do matriciamento com os profissionais de saúde da UBS, para que, deixe de ser visto como uma sobrecarga de trabalho:

“Em 2020 e 2021 a gente não conseguia sair muito da nossa unidade, até porque os outros serviços estavam voltados para a vacinação e não tinha muita essa abertura da gente ir. Mas a gente faz esse trabalho de matriciamento, considero um trabalho muito tímido pelo volume que a gente recebe no nosso CAPS AD. Os gestores não entendem a importância do matriciamento, não é a gente que tem que ir lá e perguntar se eles querem o matriciamento, tem que ser demandado da unidade, até porque eles veem isso, muitas vezes, como mais uma sobrecarga de trabalho, quando não entendem a ideia do matriciamento, fica muito difícil” [ES.03/AD-RCS]

Apontou-se também, a dificuldade das equipes da UBS compreenderem que, os casos leves e moderados, outrossim, em manutenção a partir da alta do CAPS AD, devem ser acompanhados pela UBS:

A gente já fez o trabalho de matriciamento numa UBS do Guará, do Riacho Fundo e já chegamos a ir na estrutural, mas ainda não há um fluxo estruturado, justo pelo desconhecimento das pessoas do que é o

matriciamento, ainda que a gente explique que os casos graves vão continuar sendo atendidos no nosso CAPS AD, e que para lá só irão os casos leves e os casos que a gente da alta porque precisam ter o acompanhamento da UBS, ainda há uma resistência muito grande [...] a gente entende todo o contexto, sobretudo esses dois últimos anos, a sobrecarga de trabalho imensa e muito adoecimento das equipes, o que dificulta bastante. Mas não há um programa de gestão estruturado para que isso ocorra melhor e flua melhor” [ES.03/AD-RCS]

Posto isto, o modelo manicomial se faz presente e acaba sendo expresso por meio das práticas e falas que excluem, que não dão lugar a pessoa com transtorno mental e transtorno pelo uso de substâncias, resumindo o usuário apenas ao diagnóstico. Os usuários atendidos pelo CAPS AD Guará, ao se dirigirem a UBS, logo são afastados, prática essa que enfraquece os paradigmas da AP:

“Quando os nossos pacientes chegam ali em cima [na UBS], até sob efeito, eles falam: o atendimento de vocês é ali no CAPS, não é aqui não! É como se a gente não fizesse parte do sistema, parece que eles não querem, falta uma sensibilização” [ES.16/AD-RCS].

Lima e Guimarães [59] discorrem sobre as formas de articulação de rede desenvolvidas pelos profissionais atuantes na RAPS de Natal, no estado do Rio Grande Norte, e identificaram que ainda persistem práticas que evidenciam o preconceito e o estigma dos profissionais de saúde, como de isolamento e de exclusão das pessoas com transtorno pelo uso de substância, deixando de lado as atividades que demandam tempo e sensibilidade em estar disponível para acolher. Entende-se que a falta de disponibilidade para atender, lidar e tratar os casos de transtornos pelo uso de substâncias, muitas vezes podem estar mais associadas a preconceitos e estigmas, do que à falta de capacitação técnica para abordar tais demandas [59].

Os encaminhamentos do CAPS AD Guará para UBS são elaborados por meio do Sistema Eletrônico de Informações (SEI), meio formal que mantém o encaminhamento registrado. Contudo, alguns encaminhamentos são feitos nas guias físicas, e quando esse encaminhamento chega até a UBS, acontece de não ser considerado um caso que deva ser atendido na AB:

“Quando a gente encaminha paciente para Atenção Básica, mas necessita de um acompanhamento, seja pelo medicamento de uso contínuo ou por outro motivo, a gente faz também pelo SEI, porque fica registrado ali no sistema, então a gente passa todo o caso do paciente, faz um resumo do tratamento dele aqui, qual medicação que ele está tomando. Às vezes a gente dá papel na mão do paciente e ele some ou o profissional que está do outro lado não dá tanta importância. Então no SEI fica registrado e aquele profissional da UBS vai ter que receber o paciente, ele fica ciente que ele vai ter que atender aquele paciente. Falta muito essa conversa e o matriciamento iria ajudar bastante, o paciente dependente químico ele é instável, ele pode ter uma recaída e pode necessitar vir ao CAPS AD novamente e não tem problema, manda ele de novo para gente” [ES.03/AD-RCS]

No que tange às reuniões de rede, na Região de Central de Saúde acontecem duas reuniões, uma geral com diferentes atores sociais e outra de estudo e discussão de caso com os equipamentos envolvidos naquele caso. No CAPS AD Guará, existe uma divisão entre os profissionais para que eles possam participar das reuniões nas diferentes Regiões Administrativas, menciona-se a participação nas reuniões de rede do Guará, do Riacho Fundo e da Estrutural:

"Participo tanto da reunião de rede do Guará quanto da de estudo de caso. A rede do Guará tem uma reunião geral, e outra reunião de discussão de caso com os equipamentos que estão envolvidos no caso, às vezes CAPS, CREAS e escola. Tem uma enfermeira responsável pela rede do Riacho Fundo e outros profissionais pela rede da Estrutural, a gente se divide” [ES.03/AD-RCS]

Para além da articulação entre UBS e CAPS AD, a participante do CAPS AD Guará menciona a dificuldade em encaminhar os casos graves para o único Hospital Psiquiátrico do DF, o Hospital São Vicente de Paula, os casos graves com ideação e planejamento de

autoextermínio precisam ser encaminhados primeiramente para o Hospital Geral [60], menciona que durante esse processo, o usuário pode evadir do Hospital Geral ou ter tentativas dentro dele:

“A gente tem o Hospital São Vicente de Paula, e é uma dificuldade para encaminhar. Pela portaria, a gente não pode encaminhar o paciente direto para o Hospital São Vicente de Paula, a gente precisa encaminhar primeiro para o Hospital Geral, e nisso ele foge do hospital ou tenta se suicidar nesse meio tempo, como foi um caso que atendemos. Falta uma gestão muito grande em toda saúde, não só na saúde mental, a saúde em geral está muito prejudicada, está sem investimento, os profissionais estão adoecendo, a gente não tem supervisão, é um tentando segurar a onda do outro, se protegendo de alguma forma” [ES.03/AD-RCS]

E por fim, são mencionados como grandes entraves a falta de encaminhamento implicado de referência e contrarreferência, ressalta-se que, não é possível acompanhar o andamento do caso pela falta de prontuário eletrônico unificado, bem como, a falta de espaços de diálogo com os demais pontos de atenção.

“Eu acho que falta conhecimento dos profissionais, não é só encaminhar e pronto [...] É necessário ter supervisão, ter mais diálogo entre as unidades junto com secundária e terciária, não é ter curso, é ter roda de conversa e aproximar as pessoas [...] Se eu tivesse na gestão, eu faria uma conversa entre atenção básica, atenção secundária e atenção terciária, explicando para as UBS a importância de ser matriciado, que não é uma sobrecarga de trabalho mas um aprimoramento do modo de lidar com o paciente, de ajudar o paciente, quem ganha com isso é só o paciente. Há uma divisão muito grande, o paciente é do CAPS, o paciente é da UBS, o paciente é do hospital, não! o paciente é de toda a rede” [ES.03/AD-RCS]

Menciona-se que nos dois últimos anos, devido a pandemia, houve uma pausa nas reuniões de matriciamento no Riacho Fundo, antes, aconteciam de forma semanal com cronograma prévio:

“A gente tinha uma parceria muito boa com o matriciamento, um planejamento de matriciamento com o calendário, que era funcional. Esses últimos dois anos, infelizmente, por conta da pandemia, a gente teve que dar um tempo, mas era semanal as visitas de matriciamento” [ES.07/AB-RCS]

Nas reuniões de matriciamento, além das discussões dos casos, foi criado um modelo de PTS em conjunto com as unidades da Atenção Básica e Atenção Secundária à Saúde Mental, para que eles pudessem conversar entre si e ser colocado em prática o PTS compartilhado entre os dois pontos de atenção. Kinoshita et al [61], discorre sobre o uso do PTS no campo da SM e do potencial que possui para estimular e consolidar o modo de AP, por meio dele, o usuário consegue se tornar protagonista da sua própria história, tendo estímulos para a tomada de decisão, preservando sua autonomia e tendo acesso a convivência no território e em liberdade, podendo construir laços afetivos e sociais [61], sendo um instrumento de extrema importância nas práticas entre os serviços da UBS e atenção especializada:

“De um ano e meio, mais ou menos, para cá, a gente veio fazendo o PTS compartilhado. No primeiro ano do matriciamento, a gente conseguiu fazer um material para organizar que esse PTS fosse compartilhado de uma forma melhor, porque o CAPS tinha um formulário de PTS, a UBS tinha outro, e às vezes esses PTS não conversavam. Então foi por meio de entrevista das próprias equipes que houve a parceria entre a gerência da secundária com a primária e as próprias unidades, para a gente fazer um, a partir do resultado dessa entrevista e desse material. A gente formulou um PTS, esses PTS eram trazidos nas reuniões de matriciamento que aconteciam semanais, e aí a gente conseguia ter um material que fosse um só para os dois níveis de atenção” [ES.07/AB-RCS]

Segundo relato, a articulação de rede entre a Atenção Básica e a Atenção Secundária à Saúde Mental possui uma grande parceria no Riacho Fundo, aponta que a abrangência territorial, por sinal, extensa, contribui nas práticas de articulação de rede devido a pouca quantidade de equipamentos (Tabela 3). Nesse sentido, o trabalho em rede se faz necessário para um bom funcionamento e atendimento das demandas de forma mais integral:

“O território do Riacho Fundo, hoje, conta com uma parceria muito boa em relação a esses dispositivos de atenção primária com a saúde mental, justamente por ter uma população muito grande, e não ter tantos equipamentos, não tem CAPS de quantidade suficiente, UBS também não, então a gente precisa sempre estar com essa rede funcionando de uma forma mais integral” [ES.07/AB-RCS]

Acrescenta-se que no Riacho Fundo, existe o Instituto de Saúde Mental (ISM), composto por três serviços distintos: um CAPS na modalidade geral do tipo II, uma policlínica e casas de passagem, conhecidas como casas de internação:

“O ISM passou por uma reformulação, foi destrinchado em três tipos de funcionamento, tem as casas de internação ainda, tem a policlínica que funciona lá dentro e tem o CAPS. Então, são três instituições separadas ali dentro, mas ainda é conhecido como Instituto de Saúde Mental” [ES.07/AB-RCS]

Chazan et al [62], aponta que o NASF AB tem apresentado avanços significativos, entretanto, se torna necessário uma maior integração entre as equipes, para que assim, haja clareza no que se refere ao trabalho dos profissionais matriciadores no campo da SM. Um dos entraves apontados, referente as reuniões de matriciamento, era a compreensão pela equipe da UBS do objetivo do matriciamento. Muitas vezes, a equipe do CAPS estava ali para passar orientações de como manejar os casos de saúde mental e a equipe da UBS queria que a equipe do CAPS fizesse o atendimento no lugar deles, sendo que a lógica do matriciamento não é fazer o atendimento pelo outro, mas, orientar a equipe da Atenção Básica sobre quais técnicas que podem ser utilizadas para os casos:

“Quando agendava o matriciamento, a equipe da UBS queria que a equipe do próprio CAPS fizesse aquele atendimento, o que não era o ideal, então o matriciamento era voltado para a discussão de caso, para como manejar os casos, como trazer a família para dentro da unidade, os grupos, para a gente utilizar desses instrumentos dentro da UBS, então a gente tinha essa parceria de sempre estar ligando ou discutindo quando eles não estavam dentro da própria unidade” [ES.07/AB-RCS].

Em relação aos encaminhamentos, como estratégia para viabilizar este processo, os equipamentos criaram e-mails de cada equipe para a troca de documentos referente aos casos acompanhados, viabilizando meios institucionais para que sejam desenvolvidas as práticas de articulação de rede:

“Os telefones das unidades não funcionavam, tanto do CAPS, quanto da Policlínica, quanto da UBS, então telefone funcional esses últimos anos, por mais que falassem: ‘ah, voltou a funcionar a linha’, eu não vi isso! A gente tinha o e-mail funcional, a gente preferiu criar um e-mail pelas equipes, então quando a gente se encontrava inicialmente, a gente sempre deixava registrado. Então tem o e-mail da equipe da Policlínica, tem o e-mail da equipe do CAPS, tem o e-mail do NASF e tem o e-mail de cada equipe de estratégia de saúde da família para a gente tentar deixar mais padronizado. Até mesmo porque a gente compartilha documentos, os PTS também, a gente estava tentando formular uma maneira da gente deixar um pouco mais ágil o processo, sabe?”
[ES.07/AB-RCS]

As reuniões entre os pontos de atenção da RAPS no Riacho Fundo ocorrem de forma quinzenal, possuem um grupo de whatsapp utilizado para o levantamento de temáticas que precisam ser discutidas nas reuniões presenciais pré-agendadas:

“A reunião de rede lá no Riacho, ela é muito ativa, a polícia participa, o CRAS, tem a participação das UBS e dos outros níveis de atenção. A secundária também participa, o conselho tutelar, o CRAS e a polícia são atores muito atuantes na rede. Antes era semanal, agora é quinzenal. Tem um grupo no WhatsApp que discute casos e levanta temas para serem discutidos nas próximas reuniões, é bem legal!”
[ES.07/AB-RCS]

Ter canais institucionais de comunicação para compartilhar e discutir periodicamente quais são as estratégias desenvolvidas por cada Região de Saúde do DF, foi uma estratégia apontada para fortalecer as práticas de articulação de rede da RAPS:

“Os canais de comunicação fossem mais funcionais, assim, para a gente ter encontros, tanto das próprias regiões quanto outras regiões, das

ações que têm um efeito legal na comunidade, por exemplo, essa questão da rede do Riacho Fundo, é uma rede que funciona super legal, talvez trazer isso como exemplo para outras regiões [...] Ter encontros para fomentar a discussão e dar ideias também, não só discutir as dificuldades. A gente tem, claro, mas assim, dentro das dificuldades, como que a gente está conseguindo colocar essas ações, de uma maneira produtiva dentro das unidades, enfim, da rede de atenção mesmo, sabe, como um todo, eu acho que isso ajudaria” [ES.07/AB-RCS]

Os participantes desta região, acreditam que, aproximar as pessoas para discutir sobre a temática de saúde mental a nível de trabalhadores de todos os níveis de atenção e comunidade, pode contribuir no fortalecimento do modo de AP e das práticas de articulação de rede:

“Esses canais de comunicação, seja o WhatsApp também, ou alguma coisa mais oficial. Ou mesmo encontros que fossem semestrais dentro da secretaria, eu acho que isso ajudaria bastante. Às vezes alguma região promove um encontro, mas é sempre já alguma coisa que já está pactuada, por exemplo, tem as PIS, então tem o encontro das PIS e ali se discute especificamente, então, talvez trazer uma área temática, saúde mental na rede como um todo. E aí, trazer a atenção primária, os trabalhadores da atenção primária, os trabalhadores da secundária, terciária e discutir isso, trazer a comunidade, a participação da comunidade, eu acho que ia ser um evento muito legal” [ES.07/AB-RCS]

5.3 Região de Saúde Norte

A Região de Saúde Norte possui em média 378.729 habitantes (Quadro 3), uma região que abrange quatro regiões administrativas do DF, tendo Planaltina com o maior número populacional (195.027) e o Fercal com o menor número populacional (10.054). Nesta região existem 34 UBS e 03 CAPS divididos entre: (01) uma modalidade álcool e outras drogas do tipo II, localizado em Sobradinho, e (02) dois na modalidade geral do tipo II, sendo um em Planaltina e outro no Paranoá [7,8].

Quadro 3: Apresentação da Região de Saúde Norte

Região Administrativa	População
RA 31 - Fercal	10.054
RA 6 - Planaltina	195.027
RA 5 - Sobradinho I	89.935
RA 26 - Sobradinho II	83.713
Total da População da Região Norte:	378.729

Fonte: Dados extraídos do Plano Distrital de Saúde 2020/2023.

Na Região de Saúde Norte participaram do estudo cinco profissionais de saúde, sendo dois representantes da AB, uma nutricionista e uma terapeuta ocupacional da equipe do NASF AB, e três representantes do CAPS AD, uma enfermeira, uma psicóloga e uma terapeuta ocupacional.

As participantes do CAPS AD II de Sobradinho mencionam que as reuniões de matriciamento, nos últimos anos, foram inviabilizadas devido ao contexto de pandemia, mais uma vez, aponta-se que as equipes da UBS estavam juntando esforços para combater a covid-19 e não havia disponibilidade para o matriciamento:

“Durante a pandemia, as unidades básicas de saúde que compreendem a estratégia de saúde da família, as equipes de saúde da família, lá de Sobradinho e Planaltina, estavam empenhadas no controle da transmissão do vírus. Então, isso meio que inviabilizou alguns processos, por exemplo, o matriciamento. Não era possível fazer matriciamento de álcool e outras drogas no contexto da pandemia, porque eles estavam envolvidos somente no controle dos sintomas gripais, enfim, e era justo. A gente não fazia esse diálogo e a gente teve que absorver muita coisa por conta disso. Então, assim, o respeito mesmo pelo colega, o respeito pelo serviço, não tinha como. Então, inviabilizou muita coisa” [ES.05/ AD-RN]

“Com a pandemia, o matriciamento ficou suspenso e as reuniões de equipe também” [ES.02/ AD-RN]

Lima et al [63] discorrem sobre os impactos que a pandemia da Covid-19 gerou nos serviços de saúde em todo o mundo, apresentando os esforços desenvolvidos pelos

profissionais de saúde nas ações para conter a disseminação do vírus, e o desenvolvimento de protocolos que visavam, inclusive, o cuidado da saúde mental desses trabalhadores [63]. Diante deste contexto, Ornell [64] aponta um rompimento de esforços voltados para outras demandas em saúde, como o próprio cuidado em saúde mental, devido à alta demanda relacionada à pandemia, o que restringiu e impactou o acesso das pessoas com transtornos mentais e pelo uso de substâncias aos atendimentos especializados.

As participantes do CAPS AD Sobradinho apontam que o matriciamento na região de Sobradinho tem um percurso histórico de um funcionamento consolidado, em que o matriciamento acontece de forma mensal para além do campo de álcool e outras drogas, tanto que, é realizado o agendamento prévio entre a equipe do CAPS AD e UBS:

“Esse contexto agora que a gente está vivendo pós-pandemia, estamos retornando com processo de matriciamento, temos uma história do matriciamento em Sobradinho, matriciamento que funciona, que é bem efetivo, que a gente faz matriciamento não só com álcool e outras drogas, mas também com a questão de outros adoecimentos psíquicos, a gente voltou a funcionar” [ES.05/ AD-RN]

“Normalmente a equipe agenda um horário com a equipe do CAPS e vai até o serviço” [EE.15/AD-RN].

Foi apontado também, que a pandemia corroborou com o crescimento da população em situação de rua, indo ao encontro das percepções dos participantes do CAPS AD Rodoviária:

“A população pós-pandemia e durante a pandemia, e por consequência da pandemia, a população em situação de rua aumentou bastante, consequentemente por conta do desemprego, o aumento da miséria, enfim, as pessoas sofrem, e nós sofremos um impacto muito grande, sem contar com os impactos na saúde mental” [ES.05/ AD-RN].

Entretanto, mesmo com todos os pontos negativos causados pelo período pandêmico, o CAPS AD de Sobradinho conseguiu se reinventar e criou estratégias para estreitar os laços com os usuários:

“Mas, por outro lado, trouxe também a possibilidade da gente, enquanto CAPS, se reinventar, buscar outras estratégias de fazer atendimento para aquelas pessoas que não conseguiam chegar no serviço. A gente montou, por exemplo, um grupo de ajuda mútua que conseguiu funcionar online, e isso foi muito bom, foi o único grupo que a gente conseguiu acolher as pessoas na pandemia [...] Com a pandemia houve consequências muito ruins, mas também a gente teve questões que foram positivas nesse aspecto de se reinventar, de repensar no serviço, de repensar na nossa lógica de território, de atenção à saúde, às vezes a gente centra muito no profissional, quando o território também tem muito potencial” [ES.05/AD-RN]

Em relação aos encaminhamentos, uma das demandas apontadas pelos participantes do CAPS AD II de Sobradinho é a necessidade de articular com os CAPS AD III do DF, destacam-se os casos que demandam o acolhimento integral para desintoxicação:

“O trabalho de rede requer muito jogo de cintura, né? A gente precisa estar o tempo todo mantendo boas relações, muitas vezes acaba sendo muito no pessoal e pouco no institucional. Mas a gente tem avançado nisso, sabe? Acho que com as reuniões entre os CAPS, a gente tem se articulado bastante com essa questão do encaminhamento para o acolhimento noturno. Na nossa região a gente não tem CAPS AD III, a gente precisa do suporte dos outros três CAPS AD III, para ajudar nos processos de desintoxicação. Então, a gente tem melhorado cada dia mais nas nossas relações” [ES.02/ AD-RN].

Uma das dificuldades apontadas para articulação de rede, é a descontinuidade das gerências, quando se troca uma gerência, é necessário repactuar o fluxo para os processos de encaminhamento:

“Só que tem essa questão do serviço público, dessa descontinuidade das gerências, então a todo momento tem que estar reformulando, repactuando, né? Isso dentro da nossa própria secretaria, e com as outras secretarias mais ainda, né?” [ES.02/ AD-RN]

Os encaminhamentos são feitos de duas formas, tanto no formato formal via SEI, para que haja um retorno do que foi enviado, quanto no formato informal, via whatsapp. Segundo o relato dos participantes, são estratégias que funcionam para tecer a rede:

“Geralmente a gente envia processo SEI, a gente formaliza, porque garante um retorno. A gente sabe que os serviços estão disponíveis na medida do possível, eles também têm uma sobrecarga, então o processo SEI ajuda nisso, a se organizar, saber que a demanda tá ali, que eles precisam responder. E para além disso, a gente também tem uma rede informal, essa rede mesmo de profissionais. A gente tem o contato do servidor da instituição e a gente faz o contato pelo WhatsApp, tem funcionado bastante.” [ES.05/ AD-RN]

Em relação às reuniões de rede, antes da pandemia, aconteciam uma vez ao mês, sendo suspensas no contexto de pandemia, dessa forma, não foi possível confirmar se essas reuniões já retornaram em Sobradinho. Identificou-se que o CAPS AD II de Sobradinho, sofreu grandes impactos nos processos de articulação de rede devido a pandemia:

“Com a pandemia, as reuniões de rede pararam. Mas antes acontecia regularmente, uma vez por mês, em dia previamente definido” [EE.15/ AD-RN].

“A rede Serrano, que é a rede de serviços de Sobradinho, no momento está desativada, mas ela reúne todos os serviços e a gente participava antes da pandemia [...] A gente não tem participado diretamente, de forma direta, por uma série de motivos mesmo. Talvez, seja profissional disponível, mas a gente acompanha essa rede através do WhatsApp, que é um grupo de profissionais com muita gente envolvida. Eu acredito que ela esteja desativada, mas eu não tenho essa certeza, tá?” [ES.05/AD-RN].

As participantes da UBS, atuantes do NASF AB de Sobradinho, apontam que as reuniões de matriciamento são previamente agendadas com os Serviços de Atenção Secundária à Saúde Mental, para este ano, existem reuniões agendadas para o primeiro semestre de 2023 com os três CAPS da região (CAPS infanto-juvenil, CAPS geral e CAPS AD):

“A gente começou, acho que foi em novembro, no comecinho de novembro, a gente foi no CAPS infantil, já fazer uma primeira visita, e já deixamos agendada a próxima agora para abril [...] a gente está marcando uma para cada CAPS, na região norte a gente tem três tipos de CAPS, a gente marcou com eles e vai estar fazendo essa articulação, de estar levando os casos para discutir, de estar formando essa rede, né? aproximando mais a rede para estar atuando” [ES.11/AB-RN].

Os participantes da Região de Saúde Norte, mencionaram o apoio matricial desenvolvido entre NASF AB e eSF, nesse sentido, para facilitar o apoio do NASF AB para as eSF, foi criado um formulário online para que os profissionais preencham, a partir das respostas, o NASF AB elenca as temáticas a serem discutidas nas reuniões de matriciamento com a eSF:

“Em 2022, a gente criou um formulário online, onde, durante os atendimentos, os médicos vão vendo os casos e vão preenchendo esse formulário e mandando para a nossa base, então a gente formou uma base por equipe de consulta, a partir deles a gente vai vendo aqueles casos que eles estão, se encaminhou, quais as orientações que deu, para a partir dali, a gente também já ter alguns casos para levar para discussão nas reuniões, ou ações que às vezes são emergenciais e a gente vai atuando entre nós” [ES.11/AB-RN].

Ainda, sobre o apoio matricial entre NASF AB e eSF, os profissionais da eSF não indicam para qual profissional estão encaminhando o caso, é encaminhado para a equipe do NASF AB e em reunião mensal, eles definem se terá um profissional de referência para o caso, para que sejam desenvolvidas as intervenções necessárias:

“Então na nossa reunião mensal de NASF, a gente faz a nossa planilha e dá uma olhada e pensa não apenas em profissão, tanto que a gente não colocou para eles colocarem para quem do NASF eles indicariam, é para o NASF, e ali a gente vai estar orientando o que a gente vai discutir, quem entra primeiro, ou quem entra junto com quem, ou se a gente já vai articular antes da reunião, porque tem urgência para estar norteando os nossos trabalhos, e a partir disso, a gente está criando um

banco de dados para ver o que a gente precisa estar entrando para matricular mais, quais são as dificuldades das equipes”[ES.11/AB-RN]

A partir dos levantamentos, são feitas as intervenções, sejam orientações sobre determinada demanda, atendimento compartilhado ou visita domiciliar:

“Fazemos atendimentos compartilhados, fazemos reuniões matriciais onde a gente discute alguns casos e a partir disso tomamos as atitudes, né? Se vamos marcar um atendimento compartilhado, se vamos fazer uma visita, se é um caso mais específico da nutrição, então eu vou atuar e aí vou dando o retorno, ou, eu vou te dar algumas orientações, você vai fazer com o usuário e traz para mim para ver se teve dificuldade, então a gente faz tudo isso baseado nas reuniões” [ES.11/AB-RN].

O NASF AB da Região de Saúde Norte presta suporte a cinco eSF do território, a equipe está composta por assistente social, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional, planejam as reuniões de matriciamento para cada eSF de forma semanal, sendo que cada UBS possui duas equipes de eSF:

“O meu NASF está com quatro profissionais, então tem eu, nutricionista, tem o terapeuta ocupacional, tem o psicólogo e tem o assistente social [...] Nas equipes a gente tem tanto médico, enfermeiro, técnico de saúde bucal, odontólogo e agente comunitário de saúde [...] São cinco equipes hoje que a gente apoia, vai ser uma semana para cada unidade básica, a gente não está dentro de uma clínica da família ou de um centro tradicional, então a gente tem quatro UBS que a gente dá apoio, uma UBS possui duas equipes, então a gente fica andando dentro do território, e aí a partir disso, a gente pensou em uma semana para cada UBS, para gente ir dando vazão de uma primeira orientação, até às vezes de prevenção e promoção de saúde, para que ele comece a entender que não vai ter psicoterapia aqui, a gente vai ter na verdade um acolhimento, umas orientações, um acompanhamento da saúde dele como um todo, né?” [ES.11/AB-RN].

No que tange aos encaminhamentos da UBS para o CAPS AD, são feitos via SEI e WhatsApp ou ligação telefônica, ilustrando a falta de canais institucionais:

“Com os outros serviços a gente usa o SEI, primeiro a gente faz uma conversa informal pelo WhatsApp ou por ligação telefônica, e a gente formaliza pelo SEI para que a nossa gerência nos autorize a estar indo no serviço” [ES.11/AB-RN].

“Através de contato telefônico, agendamento de visita compartilhada e em reuniões bimestrais com os demais pontos de atenção. Envio de SEI as vezes é utilizado” [EE.14/AB-RN]

Em relação às reuniões de rede, as participantes da UBS apontam que antes da pandemia já tinha tido um movimento de enfraquecimento destes encontros e encontram-se suspensas até o momento:

“Antes da pandemia a gente tinha, mas era mais voltada para o serviço social, para essa parte social. Com a pandemia desarticulou, e o que existe hoje é a reunião do Conselho de Saúde, que a gente tenta participar mensalmente, mas aquela de rede que existia antes, onde tinha participantes da escola, da comunidade, da vigilância ambiental, desandou [...] antes da pandemia já vinha acontecendo com menos frequência, em 2019 já começou a morrer” [ES.11/AB-RN].

E, por fim, foi apontado a importância de se ter um sistema de prontuário eletrônico unificado entre todos os pontos de atenção da RAPS:

“Eu acho que os sistemas, eles não conversam muito, por exemplo, o hospital trabalha com o Trakcare, a gente trabalha com e-SUS e tem locais que às vezes ainda tá no papel. Então a gente tem uma dificuldade muito grande de transmissão de informações, por exemplo, a gestante que é atendida conosco, se a gente não anotar tudo na caderneta dela, quando ela chega no hospital para o parto, eles não têm informação do que aconteceu na atenção primária, e isso eu acho que fragiliza muito a nossa rede, essa dificuldade de comunicação com relação aos sistemas [...] Eu tenho que estar pedindo relatório para o CAPS para saber o que eles estão fazendo, eu não consigo acessar o sistema deles, se a gente tivesse um sistema único, onde todo mundo tivesse acesso, ia ser muito mais fácil” [ES.11/AB-RN].

Estudos realizados no Brasil, apontam que a ausência de um sistema de registro integrado em prontuário eletrônico impede a comunicação e a troca de informações entre os diferentes pontos de atenção, neste estudo, vem sendo um dos maiores desafios identificados para o fortalecimento da RAPS [65,66].

5.4 Região de Saúde Sul

A Região de Saúde Sul possui em média 290.226 habitantes (Quadro 4), uma região que abrange duas regiões administrativas do DF, sendo o Gama com maior número populacional (156.321) e Santa Maria com o menor número populacional (133.905). Nesta região existem (22) vinte e duas UBS e um (01) CAPS AD tipo II [7,8].

Quadro 4: Apresentação da Região de Saúde Sul

Região Administrativa	População
RA 2 - Gama	156.321
RA 13 - Santa Maria	133.905
Total da População da Região Sul:	290.226

Fonte: Dados extraídos do Plano Distrital de Saúde 2020/2023.

Na Região de Saúde Sul participaram do estudo cinco profissionais de saúde, sendo dois representantes da UBS, um fisioterapeuta e um médico da equipe do NASF AB e três representantes do CAPS AD, uma enfermeira e duas técnicas em enfermagem, localizadas em Santa Maria.

Os participantes do CAPS AD mencionam que não acontecem reuniões de matriciamento com os outros pontos de atenção da RAPS, entretanto, existe um profissional de referência que está participando do processo de organização para que este trabalho seja de fato desenvolvido:

“Tem apenas uma profissional na unidade que está participando de algumas reuniões para organização do matriciamento” [EE.11/AD-RSL]

“Para ampliar e facilitar a articulação de rede, eu trabalharia com matriciamentos” [EE.12/AD-RSL]

“A realização de matriciamento, facilitaria o acesso ao atendimento”
[EE.17/AD-RSL]

Os encaminhamentos do CAPS AD são feitos por meio de duas estratégias: no formato formal, via SEI, e no formato informal, via contato de WhatsApp ou ligação telefônica:

“Através do Sistema Eletrônico de Informação ou por contatos entre os servidores das Unidades Básicas de Saúde via telefone” [EE.17/AD-RSL]

Os participantes do CAPS AD mencionaram como entraves para tecer a articulação de rede, a alta demanda do serviço e dos outros pontos de atenção RAPS, bem como, a falta de recursos humanos e a desmotivação dos profissionais para realizarem este trabalho:

“Demanda alta tanto no CAPS, como nas outras instituições, poucos e desmotivação dos profissionais” [EE.11/AD-RSL]

“Falta de profissionais disponíveis e disponibilidade de agendas”
[EE.12/AD-RSL]

Em relação às reuniões de rede, os profissionais de saúde entrevistados não participam dessas reuniões e não souberam informar sobre seu funcionamento, apenas que há a participação do gerente ou supervisor do serviço:

“Participam das reuniões de rede apenas a gerente e a supervisora da unidade” [EE.11/AD-RSL]

As estratégias mencionadas para o fortalecimento da AP foram desenvolver reuniões de matriciamento, disponibilidade de agenda dos profissionais e reuniões com os atores sociais dos outros pontos de atenção da RAPS:

“Reuniões com os profissionais da rede, participando todos os profissionais, revezando, e que todas as instituições tivessem um representante” [EE.11/AD-RSL].

Na Atenção Básica desta região, os participantes relataram que o matriciamento é uma ferramenta de extrema importância para o atendimento dos casos de saúde mental, entretanto, até o momento, não existe um cronograma com reuniões previamente agendadas entre UBS e CAPS AD, indo ao encontro dos relatos dos participantes do CAPS AD de Santa Maria:

“Aqui na regional sul, a gente tem matriciamento de endocrinologia, matriciamento de ginecologia, matriciamento de neurologia, que eu saiba só, se tiver algum outro, eu desconheço, não tem de saúde mental [...] A saúde mental, talvez, seja a que tem uma articulação pior dentro da rede da atenção primária” [ES.06/AB-RSL].

Foi relatado sobre um caso em que houve a necessidade da UBS articular com o CAPS AD, nessa articulação, a discussão do caso foi enriquecedora para a intervenção, evidenciando a importância do trabalho em rede:

“Lá em Santa Maria a gente tem um CAPS AD, a gente não tem os outros CAPS, então, teve um caso em que eu entrei em contato com o médico de lá e ele foi muito aberto. Eu entrei em contato diretamente, falei diretamente com o médico, e ele deu bastante abertura para eu entender melhor o caso de um paciente que era etilista. Então, foi bem legal, nesse caso. Mas, assim, foi porque eu fui atrás, eu liguei no CAPS. Eu sinto até uma falta de interesse nessa articulação entre o CAPS e a atenção primária. Também não julgo, todo mundo é muito sobrecarregado, a gente é sobrecarregado, CAPS com certeza é muito sobrecarregado também” [ES.06/AB-RSL].

Menciona-se que os encaminhamentos são feitos conforme o serviço que será acionado, por exemplo, para os casos que precisam de remoção para o hospital, é acionado o SAMU por ligação telefônica do aparelho celular do próprio servidor. Para o Instituto de Gestão Estratégica de Saúde (IGES) do DF, é feito por meio do e-mail institucional e via SEI:

“A gente liga do nosso celular mesmo, nesses casos, que a gente sabe que o paciente não pode ir por meios próprios para o hospital, a gente liga do nosso próprio celular, a gente aciona, por exemplo, o SAMU [...] A gente entra em contato com o IGES por um e-mail e eles só estão aceitando se o e-mail for institucional, então, assim, eu não posso entrar

no meu e-mail e mandar, eu tenho que entrar no e-mail da equipe da UBS para poder encaminhar a paciente” [ES.06/AB-RSL].

“Via SEI ou email” [EE.13/AB-RSL].

Ter recursos humanos suficientes para atender toda demanda, estrutura física adequada, novos equipamentos e a implantação de um sistema de prontuários unificado para todos os pontos de atenção, destaca-se o e-SUS, estratégias apontadas como práticas que podem fortalecer a AP:

“O e-SUS, é um sistema muito bom, muito completo. O e-SUS daria para integrar toda a rede, ele é gratuito, todo mundo pode usar, e ele não é só para atenção primária. Sem dúvidas, é colocar um sistema que fosse unificado para todo mundo” [ES.06/AB-RSL].

“Aumento de profissional e estrutura física com abertura de novos polos de atendimento” [EE.13/AB-RSL].

5.5 Região de Saúde Oeste

A Região de Saúde Oeste possui em média (526.871) habitantes (Quadro 5), uma região que abrange duas regiões administrativas do DF, sendo Ceilândia com maior número populacional (461.057) e Brazlândia com menor número populacional (65.814). Existem vinte e seis (26) UBS e dois (02) CAPS nesta região de saúde, um na modalidade álcool e outras drogas do tipo III, localizado em Ceilândia, e o outro na modalidade geral tipo I, localizado em Brazlândia [7,8].

Quadro 5: Apresentação da Região de Saúde Oeste

Região Administrativa	População
RA 4 - Brazlândia	65.814
RA 9 – Ceilândia	461.057
Total da População da Região Oeste:	526.871

Fonte: Dados extraídos do Plano Distrital de Saúde 2020/2023.

Na Região de Saúde Oeste participaram do estudo cinco profissionais de saúde, sendo três representantes da UBS, uma assistente social e duas terapeutas ocupacionais do NASF

AB e três representantes do CAPS AD III, uma assistente social, uma enfermeira e uma psicóloga, localizados em Ceilândia.

Segundo o relato das participantes do CAPS AD III de Ceilândia, as reuniões de matriciamento acontecem de forma semestral, com a pandemia houve uma suspensão, mas ao longo do ano de 2022 retornaram. Apontam que, existe um planejamento prévio de como vão ser feitas as reuniões de matriciamento e alguns profissionais da equipe ficam como referência tendo horário reservado para planejar e colocar em prática as reuniões. O último matriciamento aconteceu no segundo semestre do ano de 2022, foi feita uma reunião com a diretora da AB e repassado o convite para as gerências das UBS de Ceilândia:

“A equipe do CAPS já tentou fazer de várias formas, e sempre tem esbarrado nessa questão da adesão, não tem muito interesse dos servidores, das equipes de atenção básica, sempre tem algum interesse, mas nunca é o que a gente imaginava que poderia ser devido à quantidade de equipes que existem na Ceilândia. O contato para o ministro de matriciamento é feito todo semestre com a diretoria da atenção básica, são enviados os convites para as gerências das unidades, divulgado para os servidores, e aí, aguarda quem tem interesse em participar” [ES.13/AD-RO].

“Na pandemia o matriciamento ficou suspenso e as reuniões de equipe também” [EE.03/AD-RO]

“Temos um matriciamento de casos de pacientes junto ao CAPS, referencio pacientes para o adolescento e recebo de volta, CEDOH, COOMP” [EE.04/AD-RO]

Um dos pontos negativos mencionado por uma das participantes do CAPS AD, é a baixa adesão por parte das equipes da UBS, isso faz com que ela não tenha desejo em permanecer como profissional de referência para as ações de matriciamento:

“Existe o matriciamento, alguns servidores ficam responsáveis pelo matriciamento, no segundo semestre do ano passado eu participei do matriciamento, você fica com um horário reservado para fazer o matriciamento. O matriciamento aconteceu presencialmente, a gente enviou convite, teve uma reunião com a diretora da atenção básica de

Ceilândia que enviou os convites para as unidades, eu recebia os servidores lá para as aulas, a gente fazia pequenos momentos, mais teóricos e discussões de casos, não teve muita adesão [...] Para ser muito sincera, não tenho interesse em continuar no matriciamento, gera um trabalho, e é um pouco frustrante a falta de adesão” [ES.13/AD-RO].

A literatura é bastante enfática ao afirmar que identificar precocemente os prejuízos associados ao uso de álcool e de outras drogas na AB, permite que haja maior eficácia quanto a prevenção de agravos, podendo evitar que alguns casos evoluam para um transtorno pelo uso de substância. Os participantes deste estudo mencionaram o matriciamento como umas das principais estratégias para a articulação de rede, contudo, muitas vezes, é visto como uma sobrecarga de trabalho por alguns profissionais da AB. Entretanto, quando realizado de forma sistemática, proporciona a elaboração de estratégias e intervenções precoces em conjunto, como a técnica da intervenção breve (IB) que busca identificar os problemas relacionados ao uso de substâncias na AB e motivar a mudança de comportamento na perspectiva da redução de danos [67,68].

Mesmo que exista uma resistência dos profissionais de saúde da UBS, menciona-se a sobrecarga de trabalho que eles sofrem como um fator que pode estar influenciando na participação das reuniões de matriciamento, bem como, da própria equipe do CAPS AD, que também está sobrecarregada:

“Não estou culpabilizando os servidores, a gente sabe que a atenção básica, assim como nós, está muito sobrecarregada. O matriciamento é fundamental, eu participei e as discussões são muito interessantes, mas, neste momento, eu não tenho interesse em continuar, acho que várias coisas precisam ser estruturadas antes, para que a gente consiga fazer algo mais efetivo [...] Essas mudanças de gestão gera muito impacto, as vezes a escolha do servidor é esperar as coisas se organizarem para ver se você faz uma coisa com mais respaldo, mas com certeza é importante, mesmo indo poucas pessoas, deu para conhecer gente nova, outros serviços, ter discussões bem interessantes” [ES.13/AD-RO].

Os encaminhamentos do CAPS AD III Ceilândia são feitos por meio de duas estratégias: no formato informal, via contato de WhatsApp ou ligação telefônica, e no formato formal, via SEI:

“Num primeiro contato, eu prefiro buscar alguém conhecido do serviço, mas a gente busca sempre mandar um SEI para reforçar, para se respaldar também que foi feito contato e que foi feito esse encaminhamento, que o caso está sendo acompanhado por um ou mais serviços” [ES.13/AD-RO].

Os participantes do CAPS AD de Ceilândia acreditam que recebem mais encaminhamentos da UBS do que fazem, a maior parte dos seus encaminhamentos são para a rede socioassistencial da Política do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Rotoli et al [69], discorre sobre os desafios enfrentados pelas equipes da AB nos casos que apresentam demandas em SM, aponta em seus achados que, parte dos profissionais desse nível de atenção, não possuem base teórica para dar sustentação aos atendimentos de saúde mental, com isso, são feitos encaminhamentos para atenção especializada. Os profissionais têm como entendimento que, a melhor estratégia para a oferta do cuidado em saúde mental, ocorre por meio dos encaminhamentos para os outros níveis de atenção [69]. Posto isto, indica-se a importância de uma comunicação efetiva entre os pontos de atenção da RAPS para que ocorra encaminhamentos efetivos de referência e contrarreferência, outrossim, ações de educação permanente, aperfeiçoamentos e especializações que abordem essa temática:

“A gente tem feito mais informalmente, principalmente com o pessoal do serviço social, a gente faz muitos encaminhamentos para rede de assistência social, até mais do que para atenção básica, geralmente a gente recebe mais encaminhamentos da atenção básica do que faz. Se você conhece o pessoal do serviço social da assistência, como o CRAS e CREAS, faz aquela velha coisa de mandar uma mensagem, de ligar, perguntando se conhece essa família, essa pessoa.” [ES.13/AD-RO].

Uma das participantes do CAPS AD III de Ceilândia mencionou não ter conhecimento sobre as reuniões de rede, menciona que, caso exista, desconhece:

“Na Ceilândia, a gente faz reuniões muito pontuais quando precisa tratar de um caso que é acompanhado pela rede, que são aqueles casos muito conhecidos, muito emblemáticos, que são acompanhados por vários serviços, mas não tem essa sistematização como existia antigamente [...] não sei se existia em Ceilândia, mas depois, como servidora, eu acho que essa prática não existe mais, assim, sistematicamente, só eventualmente [...] Pelo menos não que incluía o CAPS AD da Ceilândia, eu desconheço se tem uma reunião que acontece com outros atores da rede.” [ES.13/AD-RO].

A sobrecarga dos serviços é mais uma vez apontada como um entrave para tecer a articulação de rede, a participante aponta que os profissionais não estão tendo forças para se dedicar a essas práticas:

“No momento, eu acho que as coisas a nível de gestão precisam estar mais bem estruturadas para a gente conseguir esse diálogo melhor. Os serviços precisam estar menos sobrecarregados para as pessoas terem espaço mental de conseguir se dedicar a esse compartilhamento. É uma percepção minha, está todo mundo muito sobrecarregado, então, propor qualquer coisinha nova tá difícil” [ES.13/AD-RO].

No que se refere às percepções dos participantes da UBS sobre as reuniões de matriciamento com outros pontos de atenção da RAPS, menciona que estavam acontecendo antes da pandemia. No cenário atual, continuam suspensas e que isso pode estar relacionado com a defasagem dos recursos humanos:

“Os CAPS estavam fazendo os matriciamentos um pouco antes da pandemia [...] hoje a gente não tem mais esses matriciamentos por causa da pandemia, acabou que não voltou em 2022 [...] A gente sabe que os CAPS estão defasados, assim como quase todos os setores da Secretaria de Saúde, pelo menos os CAPS que fazem, que são referências para a minha unidade, tem um fluxo muito grande de alternância de profissionais” [ES.08/AB-RO]

Os participantes da Região de Saúde Oeste mencionam sobre o apoio matricial entre NASF AB e eSF, relatou-se que as reuniões entre a equipe do NASF AB e equipe da eSF

permanecem acontecendo de forma mensal, nela são feitos os encaminhamentos dos casos, atendimento compartilhado, visita domiciliar e construção de PTS:

“Então a gente faz esse matriciamento com as equipes de estratégia de saúde da família, fazemos reunião de equipe, também participamos da reunião ESF e NASF, quanto para reunião e para construção de PTS e construção de matriciamentos. Fazemos atendimento compartilhado, NASF com NASF, então por exemplo, eu com a assistente social, tanto entre NASF com ESF, então pode ser eu com a enfermeira, pode ser eu e o médico, pode ser durante a visita domiciliar, também compartilhada entre ESF e NASF ou NASF e NASF, por exemplo [...] das reuniões de NASF com ESF, a gente tem uma reunião grande por mês. Essa reunião maior, acontece como previsto. Em relação às reuniões de matriciamento, são agendadas conforme a demanda da equipe. Então vamos supor, vou dar um exemplo, tem uma nova nota técnica nova que fala sobre a inserção no SISREG de modulação do paciente obeso, a gente precisa matricular as equipes, então a gente faz a parte dessa primeira reunião que eu falei, que é a reunião mensal, que é uma reunião bem maior, a gente faz discussão de casos e faz o planejamento de outras coisas junto deles” [ES.09/AB-RO]

No que se refere aos encaminhamentos, da UBS para o CAPS AS, são feitos na guia física, justifica-se o uso desse formato pela falta de prontuário eletrônico unificado e pelo CAPS AD ser um serviço de portas abertas, não estando inserido no sistema da regulação (sistema de marcação de consultas):

“A gente faz um encaminhamento no papelzinho mesmo, anotava os dados da pessoa também, tanto para discutir com a equipe de saúde, quanto para fazer a discussão nos matriciamentos que a gente tinha com os CAPS” [ES.08/AB-RO].

Paiano et al [70], discute sobre os fatores de adesão dos usuários ao tratamento no CAPS AD, entre os fatores apresentados por ele, encontra-se a localização geográfica do serviço, cita também outros fatores que devem ser considerados para a adesão, entre eles, o desejo do usuário em parar com o uso de substâncias, apoio familiar, vínculo com os profissionais e a facilidade de acesso ao serviço, tanto em termos geográficos, financeiros e

estruturais [70]. Os participantes mencionaram que a proximidade física entre o CAPS AD e a UBS contribui na adesão do usuário ao tratamento:

“O CAPS AD de Ceilândia é um facilitador porque ele está dentro do nosso território, então isso é muito legal, de certa forma, os usuários não acham ruim, porque ter que ir para outra cidade satélite, que é o que acontece com o CAPS Samambaia, acaba que eles não vão, às vezes é longe. Então o fato do CAPS AD estar dentro da nossa região, dentro da área da UBS 10, é ótimo!” [ES.08/AB-RO].

Em alguns casos, a equipe da UBS entra em contato com a equipe do CAPS AD por meio do WhatsApp, contudo, solicitam o encaminhamento via SEI e e-mail institucional:

“A gente manda um e-mail com os dados para o CAPS, é assim que é funcionado. A gente até tenta mandar uma mensagem para o celular, mas eles pedem que a gente ou faça um documento via SEI ou faça um documento por e-mail. A última vez que a gente foi fazer, a gente tinha pedido um matriciamento sobre acumuladores do CAPS. Aí a gente entrou em contato pelo WhatsApp, mas aí a pessoa pediu que a gente fizesse um documento via SEI, para mandar para a gestão, sabe? Então eu acho que o caminho mesmo é esse, é mandar um documento via SEI, para reforçar. Também mandamos um documento no e-mail, e solicitamos uma discussão de caso com esse com esse setor secundário, né?” [ES.08/AB-RO].

Uma das participantes salienta a importância de ser feito pelo SEI para que fique registrado que foi feito e ter o alcance das duas gerências, UBS e CAPS AD:

“É complexo, porque se a gente coloca o CAPS na regulação, ele não vai ser mais porta aberta, né? E eu acho que ele tem que ser porta aberta. Acredito que via SEI é melhor, porque eu aprendi que na Secretaria tudo que tá no SEI existe e tudo que não tá no SEI não existe. Então, eu acho que via SEI você tem um documento com os dados da pessoa, você consegue enviar para gerência e também para a gerência do CAPS [...] se não for um caso sigiloso, todo mundo que participa desse cuidado, tem acesso e tem como também a gente comprovar que isso

foi feito. Eu acho que assim funciona um pouco melhor, a nível de entrada, eu acho que é isso” [ES.09/AB-RO].

Em relação aos encaminhamentos que são recebidos pela UBS, uma das dificuldades mencionadas pelos participantes, é a falta de informações sobre o caso na própria guia de encaminhamento:

“Eu já recebi uma folha assim, paciente deve buscar a Unidade Básica de Saúde, só tinha isso, não tinha uma receita, não tinha nada, a gente não sabia nada, ele também não sabia informar nada, a família não sabia informar nada, então, assim, é uma falha mesmo, dessa gestão que não conversa, e aí quem fica sem assistência devida é o sujeito, é o cidadão, independentemente da forma da gestão, enfim, é isso” [ES.09/AB-RO].

Um dos entraves apontados pelos participantes da UBS para acompanhar os casos de referência e contrarreferência, é a falta do prontuário eletrônico unificado entre os pontos de atenção da RAPS:

“Quando a gente encaminha uma pessoa para uma consulta ou fazer alguma outra coisa, a gente tem como entrar no outro programa, chamado de Trakcare, para ver se a pessoa foi ou não, e olhar as evoluções que o profissional faz [...] Mas os CAPS continuam sem evoluções eletrônicas, então ainda tem esse dificultador, que a gente não tem nem acesso para ver se a pessoa foi ou não” [ES.09/AB-RO].

Menciona-se que, durante o processo de alta do usuário do CAPS AD, existe o processo da construção de vínculo junto a UBS para que esse o usuário continue sendo assistido, pois ele pertence a rede:

“A gente recebe um paciente do nosso território que está sendo acompanhado, por exemplo, no CAPS AD, eles vão dar a alta para esse paciente, e ele precisa vincular, continuar esse acompanhamento dentro da atenção primária, então ele volta tendo a referência e contrarreferência” [ES.09/AB-RO]

Menciona-se também, a rotatividade de endereço e de número de celular dos usuários que residem na região de Ceilândia, sendo a única Região de Saúde com essa percepção:

“A gente tem uma característica, que eu não sei dizer se ela é só da Ceilândia, mas, eu vejo muito isso com os colegas da Ceilândia, que as pessoas mudam muito de endereço, então, a maioria das pessoas que vivem de aluguel mudam, então acaba que esse vínculo com a UBS, de fato, em relação ao território, não acontece tão fortemente [...] às vezes a gente perde totalmente o contato do paciente, a gente não consegue resgatar ele, a não ser que ele busque novamente uma unidade de saúde ou volte ao CAPS e depois o CAPS faz a referência dele de novo. Acontece muito disso, o paciente às vezes muda o telefone e a gente não consegue entrar em contato. A busca ativa acontece, você vai tentar os contatos ali próximos de vizinhos, mas às vezes a gente acaba perdendo mesmo o contato do paciente, depende dele surgir de novo em algum local” [ES.09/AB-RO]

Mais uma vez, a falta de prontuário eletrônico unificado para todos os pontos de atenção da RAPS é mencionado como um entrave:

“O CAPS ainda usa o prontuário manual de papel. Existe ainda outra situação que nós hoje, o IGES dentro do DF, as UPAs, o Hospital de Base e o Hospital de Santa Maria, que quando o paciente entra dentro de um desses serviços que o IGES é quem coordena, nós não conseguimos acesso ao sistema de prontuários que eles usam. Então, a gente ainda tem essa perda de informações” [ES.09/AB-RO]

As reuniões de rede de Ceilândia acontecem nas últimas quintas feiras do mês. A assistente social do NASF AB costuma ser a participante ativa dessas reuniões, contudo, o restante da equipe tem acesso às pautas discutidas. As pautas, geralmente, envolvem aspectos da saúde mental mesmo que não tenham essa temática como foco:

“A última quinta-feira do mês tem a reunião da rede. Confesso que quem geralmente vai nessa reunião é assistente social. Mas a gente meio que sabe os temas debatidos [...] eu não me lembro desse assunto

de saúde mental ser conversado, eu acho que não tem sido pautado isso. Mas a reunião da rede tem vários atores, têm a galera da educação, por exemplo. Eu sei que no mês passado foi debatido bastante uma questão sobre a saúde nas escolas porque a Secretaria de Educação fez um pacto com a Secretaria de Saúde, onde eles fazem o encaminhamento dos alunos que eles acham que são mais graves. Independente do que for, muitos casos são de saúde mental e eles mandam direto via SEI [...] Então, eu acho que acaba que os assuntos de saúde mental estão ali, permeados em outras abordagens, em outros temas que são abordados, acaba discutindo também essas situações nas reuniões de rede e tem muitos atores, pelo menos na região Oeste, vão atores de vários lugares, sabe?” [ES.08/AB-RO].

Os participantes dessa região apontaram como as principais dificuldades para o fortalecimento da AP, a falta de recursos humanos, a falta de educação continuada e a falta de fluxos consolidados, muitas vezes, o trabalho em rede acontece devido ao vínculo que o profissional de um equipamento tem com o outro:

“A gente sabe também que os CAPS estão defasados, assim como outros setores da Secretaria de Saúde, e, pelo menos os CAPS que fazem, que são referências para a minha unidade, tem um fluxo de alternância de profissionais muito grande. Então, os profissionais que a gente tinha contato, às vezes, em 2021, 2020, não são mais os mesmos profissionais que estão hoje lotados no CAPS, então muda com muita frequência. Nesses quatro anos de Secretária, eu já vi equipes inteiras rodarem no CAPS” [ES.09/AB-RO].

Para o fortalecimento da AP, foi mencionado a inserção de práticas de formação continuada e capacitação para os profissionais:

“A falta de formação continuada” [EE.03/AB-RO].

“O diálogo com os outros pontos da RAPS acontece se tiver contatos pessoais de pessoas que trabalham na rede e quando há reuniões de diretorias” [EE.04/AB-RO]

“Eu acho que os CAPS também precisam de mais pessoas trabalhando, mais profissionais e maior qualificação” [ES.08/AB-RO].

Rezio et al [71], em sua análise sobre os processos de facilitação de educação permanente em saúde para as equipes da Atenção Básica, evidenciam que a educação permanente amplia a relação com o cuidado em saúde e no campo de saúde mental, abrindo espaços de aprendizagem a formação no serviço, possibilitando novas formas de produzir saúde [71].

5.6 Região de Saúde Leste

A Região de Saúde Leste possui em média (231.167) habitantes (Quadro 6), uma região que abrange quatro regiões administrativas do DF, tendo São Sebastião com o maior número populacional (95.199) e o Jardim Botânico com o menor número populacional (23.385). Nessa região, existem (28) vinte e oito UBS e (02) dois CAPS, sendo um na modalidade geral do tipo II, localizado no Paranoá, e o outro na modalidade álcool e outras drogas do tipo II, localizado no Itapoã [7,8].

Quadro 6: Apresentação da Região de Saúde Leste

Região Administrativa	População
RA 28 - Itapoã	50.073
RA 27- Jardim Botânico	23.385
RA7 - Paranoá	62.510
RA 14 - São Sebastião	95.199
Total da População da Região Leste:	231.167

Fonte: Dados extraídos do Plano Distrital de Saúde 2020/2023.

Na Região de Saúde Leste participaram do estudo cinco profissionais de saúde, sendo três representantes da UBS, uma terapeuta ocupacional, uma psicóloga e uma enfermeira, e duas representantes do CAPS AD II Itapoã, ambas técnicas em enfermagem, sendo que uma

estava no cargo de gerência. A única região em que houve a participação de uma profissional no cargo de gerência.

Segundo relato dos participantes do CAPS AD II do Itapoã, as reuniões de matriciamento acontecem conforme o surgimento das demandas, atualmente, encontra-se defasado os recursos humanos da unidade, o que interfere no planejamento de um cronograma com reuniões matriciais previamente estabelecidas:

“Acontecem conforme demanda mesmo, quem dera se a gente pudesse ter um cronograma. Infelizmente, ainda a gente não conseguiu esse objetivo. Mas para esse ano, o nosso objetivo é aumentar o número de matriciamentos! É outra visão, é outro ângulo quando a gente trabalha dessa forma, em rede, o processo acontece. Mas, como a gente tá com o RH muito baixo, a gente fica sem pernas para isso [...] a gente sempre tá marcando os matriciamentos, as vezes acontecem online, as vezes presenciais” [ES.15/AD-RL]

A distância e a dificuldade de deslocamento entre o CAPS AD Itapoã com as UBS de São Sebastião foram mencionadas como barreiras para a realização das reuniões de matriciamento:

“A gente tem uma região muito ampla de usuários para uma unidade muito pequena. A gente tem dificuldade de fazer o matriciamento com São Sebastião, é uma região com muitas UBS e a gente tem uma certa dificuldade de fazer matriciamento para aquele lugar porque é muito longe. A gente tem certa dificuldade até mesmo de nos deslocar pra lá e eles também de virem pra cá. A gente tem um carro, mas a nossa dificuldade é com o motorista. Porém, aqui no Paranoá e no Itapoã, a gente não tem problema nenhum” [ES.15/AD-RL]

Os participantes do CAPS AD II Itapoã, mencionam a importância do matriciamento, principalmente, nos encaminhamentos de referência e contrarreferência, destacando os casos que se encontram em manutenção e recebem alta do CAPS AD, necessitando do acompanhamento na UBS:

“A gente tem que ficar fazendo o matriciamento, até porque a gente precisa direcionar o caso do paciente quando o paciente está em estado

estável para poder dar alta. A gente prepara o paciente para a UBS ou trabalha em conjunto mesmo. Muitos pacientes precisam, até porque o uso do álcool por muito tempo traz consequências clínicas. Às vezes, a gente precisa ir trabalhando com a UBS, com os médicos da UBS, para poder dar pra essa manutenção, cuidar daquele uso do álcool” [ES.15/AD-RL]

Em relação aos agendamentos das reuniões matriciais, bem como, encaminhamentos, são feitos no formato formal, via SEI e e-mail, e no formato informal, via contato de WhatsApp, tanto o WhatsApp pessoal quanto o WhatsApp institucional:

“A gente usa o WhatsApp, a gente usa o SEI e a gente usa e-mail. Quando a gente quer formalizar, quer solicitar a presença de outras unidades na reunião, a gente geralmente solicita via SEI. [...] a gente solicita mais via WhatsApp. O WhatsApp para gente é uma ferramenta de trabalho, tanto o pessoal, como o próprio WhatsApp da unidade, né?” [ES.15/AD-RL]

Sheridan et al [72], discutem sobre a implementação de ferramentas de telessaúde nos serviços de saúde mental em todo o mundo, apontam o aumento do uso de aplicativos para atendimentos individuais e em grupos, e nas reuniões entre a equipe, ferramentas estas que possibilitaram a continuidade do cuidado mantendo viva as atividades que seriam extintas no contexto de pandemia a Covid-19.

As reuniões de rede nesta região acontecem mensalmente, geralmente são previamente agendadas via e-mail e WhatsApp, acontecem tanto no formato online, quanto no formato presencial:

“As reuniões de rede geralmente são agendadas via e-mail ou whatsapp. Uma das reuniões que participo mensalmente, são realizadas às terças-feiras na segunda semana do mês. As outras vão sendo agendadas conforme demandas, há participação de outros profissionais também. Estavam sendo online, agora aos poucos estão voltando a ser presenciais” [EE.01/AD-RL]

Para fortalecer a AP, os participantes do CAPS AD Itapoã mencionaram a criação de um portfólio online contendo o que é ofertado na rede para ser disponibilizado em todas as

unidades. Além disso, foi apontada a importância da parceria com as universidades para realizar ações de educação continuada com os servidores da ponta:

“Um portfólio online de dados da rede: contato, tipo de serviço, tipo de acesso. Também faria articulações políticas e com gestão, com apoio de universidades como facilitadores para educação permanente sobre a temática e favorecer a criação de vínculos e fluxos” [EE.01/AD-RL]

Os participantes da UBS também relataram que as reuniões de matriciamento ocorrem de acordo com as demandas, tanto no formato presencial, quanto no formato online, do mesmo modo que foi mencionado pelos participantes do CAPS AD:

“Algumas reuniões são online, outras presenciais, com datas pré fixadas no decorrer do ano. Outras ocorrem de acordo com as necessidades que vão surgindo” [EE.9/AB-RL]

As dificuldades apontadas pelos participantes da UBS foram: a falta de comunicação entre os pontos de atenção da RAPS e ter apenas um equipamento de CAPS AD para toda extensão territorial da Região de Saúde Leste:

“As dificuldades estão na falta de comunicação com algumas unidades do território, apesar de ser organizado, é muito extenso, o que dificulta para atingirmos o objetivo, temos uma equipe reduzida e o somos o único CAPS AD da região leste” [EE.01/AB-RL]

No que tange às reuniões de rede, elas acontecem mensalmente e tem como intuito discutir os casos que são acompanhados por diferentes pontos de atenção da RAPS, de modo a alinhar o direcionamento as estratégias e intervenções:

“São pelo Whatsapp, por grupos e individualmente, outros são por reuniões periódicas mensais. Quando temos casos a discutir, geralmente, formamos grupos no Whatsapp com os envolvidos para estabelecer estratégias de intervenção, e, podem ocorrer visitas domiciliares, atendimentos compartilhados, reuniões entre os serviços, pacientes e famílias” [EE.9/AB-RL]

E, por fim, foi apontado que a pandemia corroborou com o aumento da articulação de rede intersetorial devido ao crescimento nas demandas de vulnerabilidades socioeconômicas e insegurança alimentar:

“Aumentou o nosso contato online, fizemos mais articulações intersetoriais devido ao aumento das demandas de saúde mental, vulnerabilidades e insegurança alimentar” [EE.09/AB-RL]

Para Martinhago e Oliveira [73], a ausência de ações intersetoriais prejudica e restringe o cuidado em saúde mental, enrijecendo as práticas de articulações de rede e intersetoriais, fortalecendo o cuidado de forma uniprofissional e unisetorial. Conhecer as atividades existentes na rede e no território, contribui para a participação social do usuário frente aos serviços comunitários, tais como escolas, igrejas, associações, grupos comunitários e atividades culturais, práticas extramuros que vão ao encontro do que é preconizado pelo modo de AP [73,74].

5.7 Região de Saúde Sudoeste

A Região de Saúde Sudoeste possui em média (792.962) habitantes (Quadro 7), abrange cinco regiões administrativas do DF sendo Taguatinga (239.315) a região administrativa com maior número populacional e Vicente Pires (68.240) com o menor número populacional. Essa região conta com (34) trinta e quatro UBS e cinco (05) CAPS, divididos entre: um transtorno geral do tipo II em Taguatinga, um transtorno geral do tipo III em Samambaia, um na modalidade de álcool e outras drogas do tipo III em Samambaia e dois na modalidade de atendimento infanto-juvenil sendo um em Taguatinga e outro no Recanto das Emas [7,8].

Quadro 7: Apresentação da Região de Saúde Sudoeste

Região Administrativa	População
RA 20 - Águas Claras	117.834
RA 15 - Recanto das Emas	141.218
RA 12 - Samambaia	226.355
RA 3 - Taguatinga	239.315
RA 30 - Vicente Pires	68.240
Total da População da Região Sudoeste:	792.962

Fonte: Dados extraídos do Plano Distrital de Saúde 2020/2023.

Na Região de Saúde Sudoeste participaram do estudo sete profissionais de saúde, sendo quatro representantes da equipe de NASF AB, uma terapeuta ocupacional, um médico e duas enfermeiras e três representantes do CAPS AD III, uma terapeuta ocupacional e duas psicólogas, localizadas em Samambaia. Essa região foi a que teve o maior número de participantes.

Os participantes do CAPS AD Samambaia, relataram que o matriciamento ocorre de forma mensal, entretanto, as reuniões matriciais acontecem para cumprir tabela, pois o matriciamento é um indicador de produtividade do equipamento:

“É preconizado e obrigatório pelo menos um matriciamento ao mês, então de uma forma ou de outra acaba dando conta de fazer esse matriciamento pelo menos em algum dispositivo da rede. Mas, eu acho que é muito pouco, um só é insuficiente [...] Fazem pelo mês uma vez ao mês, mas para cumprir questão da produtividade, a gente sabe da importância e da relevância, mas o serviço não tem conseguido fazer”
[ES.01/ AD-RS]

Menciona-se que as reuniões de matriciamento é um problema de longa data, anterior ao contexto de pandemia. Nesta região, também foi falado sobre a sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde da UBS no combate a covid-19:

“Eu acho que antes da pandemia já estava assim, isso é uma dificuldade que a gente tem de longa data no serviço, mas claro que com a pandemia a gente tem um índice de afastamento muito maior gados, muitos focados na vacinação e não tinha essa abertura, mas a gente faz esse trabalho de matriciamento, ainda eu considero um trabalho muito tímido pelo volume que a gente recebe aqui no CAPS [...] os outros serviços também estavam muitos sobrecarregados, acaba que a sobrecarga de quem está na assistência, dificultou mais um pouco. Mas é um problema de longa data” [ES.04/ AD-RS]

Menciona-se a falta de transporte para se deslocar até os demais pontos de atenção da RAPS, a indisponibilidade da equipe para participar das reuniões de rede e a falta de meios

de comunicação institucionais como barreiras para o desenvolvimento do trabalho em rede conforme os paradigmas da AP:

“As barreiras encontradas são a limitação de transporte para deslocamento às unidades [...] Indisponibilidade de equipe, principalmente da atenção terciária, para discussão e acompanhamento de casos. Dificuldades de contatos institucionais, utilizando com frequência os contatos pessoais dos profissionais” [ES.04/ AD-RS]

Uma das estratégias mencionadas que poderia contribuir para que o profissional do equipamento conseguisse articular com a rede e tecer as reuniões matriciais, seria ter um horário específico reservado na agenda. Uma das participantes menciona a ausência em outra atividade para conseguir realizar as práticas de articulação:

“Eu acho que é ter agenda, acho que a questão é essa, é você realmente separar um horário parte da sua agenda pra que isso aconteça, porque se você ficar esperando que a demanda seja reduzida ou que tenha mais profissionais isso não vai acontecer isso [...] Eu deixei de participar da reunião de miniequipe pra está fazendo essa articulação então acaba que você tem que fazer escolhas” [ES.01/ AD-RS]

No que se refere aos encaminhamentos, uma das facilidades é ter o contato pessoal de outros profissionais dos outros pontos de atenção. Foram mencionadas estratégias formais como o uso do SEI:

“Acho que articulação em rede está muito fragilizada, no contexto de CAPS, né?! A gente é só um dispositivo da RAPS, mas ainda há uma grande demanda de articulação, quando a gente consegue fazer essa articulação é de profissional para profissional” [ES.01/ AD-RS]

“Falo com algum colega ou gerente de outra unidade de saúde, realizo solicitações formais, via Sistema Eletrônico de Informação (SEI); oriento os pacientes e faço o encaminhamento quando necessário” [EE.16/AD-RS]

Os participantes do CAPS AD desta região, não souberam informar sobre as reuniões de rede, afirmaram não participar desta atividade. Contudo, foi apontado que as reuniões de

rede são de extrema importância e que seria necessário ter um período da carga horária reservado para a participação, por mais que seja previsto, não acontece na prática:

“Reivindicaria horários que estão previstos na jornada de trabalho destinados a participação nas reuniões da rede, supervisões clínicas institucionais regulares e grupo de estudos com os colegas” [EE.16/AD-RS]

Os entrevistados da UBS relataram que as reuniões de matriciamento acontecem conforme demanda. Nessas reuniões são discutidos os casos em conjunto com os pontos de atenção da RAPS para traçar as intervenções:

“Participo das reuniões de matriciamento da RAPS e com lideranças comunitárias. Elas são solicitadas pelos serviços ou comunidade, de acordo com a demanda e necessidade. Possui pautas e com debate geralmente há proposição de ações conjuntas e novas reuniões para reavaliação do processo e parceira” [EE.6/AB-RS]

Os encaminhamentos, tanto dos casos quanto para o agendamento de reuniões, são feitos a partir de dois formatos: o formato formal, via SEI e e-mail, e no formato informal, via contato telefônico pessoal:

“Realizo contato informal usando meu telefone pessoal, via e-mail e contatos oficiais pelo sistema SEI, por encaminhamentos e reuniões online e presencial” [EE.6/AB-RS]

Uma das participantes menciona ter construído uma rede de contatos pessoais na Região de Saúde Sudoeste, e, prefere acionar os outros pontos de atenção, primeiramente, por meio desta rede, isso se dá pela dificuldade e ausência de meios para realizar articulações formais dentro rede de atenção à saúde. Caso não tenha êxito, é feita a articulação pelos meios formais com vistas a acionar a gestão:

“Desde o início de minha atuação nessa região e na área de saúde mental, tenho construído uma rede pessoal de contatos de referência. Tento conhecer os dispositivos do território, apresentar meu trabalho, sensibilizar e demonstrar disponibilidade para cuidado compartilhado. Sempre as utilizo primeiramente devido a dificuldade e ausência de

articulações formais da rede de atenção à saúde e como estratégia para agilizar o andamento das situações. Caso essa rede não apresente resolutividade para demanda, oficializo via encaminhamento e sistema oficial para acionar gestão” [EE.6/AB-RS]

Mais uma vez, a falta de transporte é mencionada como uma barreira para a articulação de rede, além disso, a falta de telefone institucional, a priorização de demandas internas, a falta de carga horária para trabalhar com foco na articulação de rede e o estigma carregado pelas pessoas que apresentam prejuízos em decorrência do uso de álcool e outras drogas, são apontados como desafios para o fortalecimento da AP:

“Ausência de recursos como, transporte que inviabiliza a saída para locais mais distantes da comunidade e de forma segura, telefone institucional; priorização do serviço em lidar com a demanda da instituição e dentro dela; falta de tempo para conhecer a rede e também as demais cidades de abrangência; a própria dificuldade de trabalhar com rede interna que se intensifica quando tem que haver a articulação com outros serviços; dificuldade em lidar com preconceitos e exclusão do público que faz uso de SPA pela rede” [EE.6/AB-RS]

“A gestão também influencia como barreira quando privilegia os processos de trabalho no interior dos serviços, colocando o território e rede como atividades desnecessárias ou com menos valor” [EE.06/AB-RS]

A defasagem de recursos humanos nas UBS, a falta de agendas e as demandas clínicas agudas, foram apontadas como um dos grandes impactos causados da pandemia:

“Diminuindo a disponibilidade de recursos humanos e de agendas de profissionais envolvidos nos processos” [EE.5/AB-RS]

“Com a pandemia e com o baixo número de UBS na rede, a atenção básica passou a funcionar de forma diferente, prejudicando alguns pontos importantes da atenção primária. Acredito que a articulação de rede é um desses pontos prejudicados pois os serviços têm atendido mais demandas agudas e não consegue manter os acompanhamentos de paciente como seria ideal” [EE.10/AB-RS]

Entre os participantes da UBS, apenas uma, mencionou a participação nas reuniões de rede com os demais pontos da RAPS, afirma que acontecem conforme demanda e são discutidos casos para direcionar as intervenções por meio de ações conjuntas:

“Participo das reuniões de matriciamento da RAPS e com lideranças comunitárias, solicitadas pelos serviços ou comunidade, de acordo com a demanda e necessidade. Possuem pautas e com debate geralmente há proposição de ações conjuntas e novas reuniões para reavaliação do processo e parceira” [EE.06/AB-RS]

Para o fortalecimento da AP, as estratégias mencionadas foram: a criação de um portfólio online contendo dados da RAPS, ações de educação continuada e permanente, integração de prontuários eletrônicos unificados e contratação de serviço de telefonia:

“Faria um portfólio online de dados da rede: contato, tipo de serviço, tipo de acesso. Também faria articulações políticas e com gestão, com apoio de universidades como facilitadores, para educação permanente sobre a temática e favorecer a criação de vínculos e fluxos” [EE.6/AB-RS]

Apontou-se também, a importância das ações que integrem o ensino, o serviço e a comunidade por meio de programas que insiram alunos nos serviços do SUS, tais como os alunos dos programas de residência, essa inserção, pode corroborar na realização das ações de educação permanente para qualificar as práticas de cuidado das pessoas com transtorno mental e transtorno pelo uso de substâncias:

“O programa de residência em saúde mental tem sido outro meio que tem facilitado a comunicação e articulação em rede. Como o programa engloba a maior parte dos componentes da RAPS e eu faço parte do mesmo, os profissionais residentes estão disponíveis para construção coletiva, discussões e demais ações importantes, sendo ferramenta atual de integração” [EE.6/AB-RS]

Os programas de residências em saúde mental no Brasil se constituem como grande potencializador para o fortalecimento do cuidado em saúde mental. Por meio da inserção direta na assistência de profissionais recém graduados com diferentes formações em saúde, esses programas possibilitam o aprendizado e a troca de saberes em conjunto com os

profissionais efetivos dos serviços, sendo um forte instrumento de articulação de rede entre os pontos de atenção onde se inserem, além de prestar orientações e apoio matricial para as equipes da AB [75,76].

5.8 *Entre entraves e desafios: as percepções em comum das sete Regiões de Saúde do DF*

A partir das percepções dos participantes deste estudo, o matriciamento é visto como uma das principais estratégias para o fortalecimento da AP, contudo, muitas vezes, pode ser visto como uma sobrecarga de trabalho por alguns profissionais de saúde da UBS, ressalta-se que, quando realizado, possibilita distinguir os casos leves e moderados dos casos graves e persistentes, permitindo assim, elaborar estratégias e intervenções em conjunto, encaminhando apenas os casos necessários para os equipamentos especializados, e as demais demandas, podem ser acompanhados na AB com o apoio matricial dos CAPS AD e demais serviços necessários da RAPS [59].

No que se refere aos encaminhamentos de referência e contrarreferência, a falta de sistema de telefonia, a falta aparelho telefônico no serviço, a falta de um sistema de prontuário eletrônico unificado para todos os pontos da RAPS, evidenciados neste estudo, podem dificultar a efetivação das ações para a produção do cuidado compartilhado, bem como, a construção de PTS envolvendo o usuário, a família e os profissionais de diferentes pontos de atenção [33], achados encontradas também nos estudos em território nacional de Gama et al [14], Sampaio e Bispo Júnior [15] e Pinheiro et al [77].

A literatura [13,14,15,77] aponta a importância da realização do trabalho em rede como um grande aliado para a produção dos cuidados em saúde mental (quadro 08 e 09). Essas práticas, nos contextos de UBS e CAPS AD, devem ser planejadas por meio de estratégias que envolvam os diferentes atores sociais e tenham como base as necessidades das pessoas com transtornos mentais e transtornos pelo uso de substâncias e seus familiares.

As reuniões de rede são vistas como uma estratégia importante para o fortalecimento da AP (quadro 08 e 09). No entanto, a falta de recursos humanos desencadeia uma sobrecarga nos profissionais, influenciando diretamente na disponibilidade de participação nas reuniões com os demais pontos de atenção da RAPS. Segundo os achados, não existe um horário fixo nas agendas destinadas às práticas de articulação, o que limita a desenvoltura dos profissionais nestes processos.

Quadro 08 – Apontamentos que apareceram com maior frequência ao longo das entrevistas conforme as percepções dos profissionais atuantes da UBS

Regiões de Saúde	Periodicidade das reuniões de matriciamento	Dificuldades/ Limitantes para articular com a rede	Estratégias utilizadas para articular com a rede	Sugestões de como ampliar a articulação de rede a partir das percepções profissionais
Região de Saúde Central	Conforme demanda;	Dificuldade que alguns os profissionais possuem para atender os casos de Saúde Mental; Falta de um sistema de registro unificado entre os pontos de atenção da RAPS, a falta de recursos humanos e de carro para o deslocamento; Os recursos humanos defasados nas UBS;	Articulação realizada pelo próprio celular ou transporte pessoal; Encaminhamentos via whatsapp e físico; Parcerias com Programa de Residência em Saúde Mental Infanto-juvenil;	Estratégias de educação permanente; Integração do sistema de prontuários entre todos os pontos de atenção; Sistema telefônico e online nos equipamentos; Transporte para o deslocamento; Disponibilidade dos profissionais para as práticas de articulação de rede;
Região de Saúde Centro Sul	Devido a pandemia, houve uma pausa nas reuniões de matriciamento, mas aconteciam de forma semanal com cronograma prévio;	A equipe da UBS queria que a equipe do CAPS fizesse o atendimento no lugar deles, rompendo a lógica do matriciamento;	Criação de um modelo de Projeto Terapêutico Singular (PTS) em conjunto com as unidades da Atenção Básica e Atenção Secundária à Saúde Mental; Abrangência territorial extensa, contribui nas práticas de articulação de rede devido a pouca quantidade de equipamentos; Os equipamentos criaram e-mails de cada equipe para a troca de documentos referente aos casos acompanhados; Criação de grupo de whatsapp que vem sendo utilizado para o levantamento de temáticas que vão ser discutidas nas reuniões presenciais, elas ocorrem de forma quinzenal e tem a participação de diferentes atores sociais;	Criação de espaços para diálogo com os demais pontos da RAPS; Criação de eventos periódicos com todas as regiões de saúde para dialogar sobre saúde mental;

Região de Saúde Sul	Não há reuniões de matriciamento entre UBS e CAPS AD;	Não ter reuniões de matriciamento; Falta de recursos humanos; Desmotivação dos profissionais;	Encaminhamentos via whatsapp e via SEI;	Disponibilidade de agenda dos profissionais e reuniões com os atores sociais dos outros pontos de atenção; Implantação de um sistema de prontuários unificado;
Região de Saúde Norte	Mensal;	Encaminhamentos via whatsapp;	Criação de formulário online para o preenchimento das ESF; Parcerias com Programa de Residência em Saúde Mental Infanto-juvenil;	Ter um sistema de registro unificado entre todos os pontos de atenção da RAPS;
Região de Saúde Oeste	Solicitada conforme demanda;	Encaminhamentos via whatsapp; Falta de informações nos encaminhamentos recebidos; Falta de sistema eletrônico unificado; Rotatividade de endereço/telefone dos usuários; Falta de recursos humanos; Falta de educação continuada; Falta de fluxos consolidados;	Proximidade física entre UBS e CAPS AD; vínculo que o profissional de um equipamento tem com o do outro;	Ter práticas de formação continuada; Ter a capacitação para os profissionais; Ter a ampliação do diálogo para além dos profissionais com quem se tem um vínculo pessoal;
Região de Saúde Leste	Conforme o surgimento de demandas	Falta de comunicação entre os pontos de atenção;	Aumento de articulações com a rede socioassistencial devido crescimento de vulnerabilidades e insegurança alimentar;	Ampliar a quantidade de CAPS AD, existe apenas um equipamento de CAPS AD para toda extensão territorial da Região de Saúde Leste;

Região de Saúde Sudoeste	Conforme o surgimento de demandas	Ausência de meios para realizar articulações formais dentro rede de atenção à saúde; Falta de transporte; Falta de telefone institucional; Priorização de demandas internas; Falta de carga horária para trabalhar com foco na articulação de rede; Estigma carregado pelas pessoas que apresentam prejuízos em decorrência do uso de álcool e outras drogas; Os recursos humanos defasados nas UBS; Falta de agendas;	Parcerias com Programa de Residência em Saúde Mental do Adulto;	Ações que integrem o ensino, o serviço e a comunidade por meio de programas que insiram alunos nos serviços do SUS; Ações de educação permanente para qualificar as práticas de cuidado com o público que sofre prejuízos decorrentes do uso de álcool e outras drogas; Criação de um portfólio online com os dados da rede como um todo; Ações de educação continuada e permanente; Integração de prontuários e contratação de serviço de telefonia;
---------------------------------	-----------------------------------	--	---	--

Fonte: Elaboração da Própria Pesquisadora.

Quadro 09 – Apontamentos que apareceram com maior frequência ao longo das entrevistas conforme as percepções dos profissionais atuantes do CAPS AD

Regiões de Saúde	Periodicidade das reuniões de matriciamento	Dificuldades/ Limitantes para articular com a rede	Estratégias utilizadas para articular com a rede	Sugestões de como ampliar a articulação de rede a partir das percepções profissionais
Região de Saúde Central	Semanal	Falta de carro e motorista; Dificuldade em se deslocar para UBS mais	Entrar em contato com algum profissional com quem se tem vínculo;	Estratégias de educação permanente; Integração do sistema de prontuários entre todos os pontos de atenção; Sistema de telefonia; Transporte com motorista para o

		distantes do CAPS AD; Indisponibilidade da equipe de outros pontos de atenção; Falta de contatos institucionais; Ausência de Políticas Públicas para a população em situação de rua;		deslocamento; Disponibilidade dos profissionais para as práticas de articulação de rede; Implantação de Políticas Públicas voltadas para a pessoa em situação de rua;
Região de Saúde Centro Sul	Mensal	Sobrecarga de trabalho das UBS, estas unidades estavam envolvidas nas campanhas de vacinação contra a covid-19; Falta de um trabalho a nível de gestão com objetivo de estabelecer um fluxo estruturado e sensibilizar os profissionais da AB sobre a importância do matriciamento; Encaminhamento físico - não é dada a devida importância;	Encaminhamento via SEI; Ter profissionais de referência para cada RA; Falta de espaços de diálogo, como rodas de conversas entre os demais pontos de atenção; Falta de sistema unificado nos pontos de atenção;	Aproximar as pessoas por meio de encontros periódicos a nível de trabalhadores de todos os níveis de atenção e comunidade para discutir sobre a temática de saúde mental;
Região de Saúde Sul	Não há reuniões de matriciamento entre UBS e CAPS AD;	Não ter reuniões de matriciamento; Falta de recursos humanos; Desmotivação dos profissionais;	Encaminhamentos via whatsapp e via SEI;	Disponibilidade de agenda dos profissionais e reuniões com os atores sociais dos outros pontos de atenção; Implantação de um sistema de prontuários unificado;
Região de Saúde Norte	Mensal	As equipes das UBS não tinham disponibilidade para matriciamento; Descontinuidade das gerências;	Encaminhamentos via whatsapp e via SEI;	Criação de formulário online para o preenchimento das ESF;
Região de Saúde Oeste	Semestral	Suspensão do matriciamento com a pandemia; Baixa adesão por parte das equipes da Atenção Básica; Sobrecarga de trabalho; Descontinuidade da gerência;	Carga horária específica para planejar e realizar as reuniões de matriciamento; Encaminhamentos via whatsapp e via SEI;	Retomar as reuniões de matriciamento; Ter carga horária para as práticas de articulação de rede;

Região de Saúde Leste	Conforme o surgimento das demandas	Defasado os recursos humanos da unidade; Dificuldade de deslocamento;	Encaminhamentos via whatsapp e via SEI;	Criação de um portfólio online contendo o que é ofertado na rede para ser disponibilizado em todas as unidades; Parceria com as universidades para realizar ações de educação continuada com os servidores da ponta;
Região de Saúde Sudoeste	Mensal;	Reuniões de matriciamento acontecerem por ser um indicador de produtividade; Falta de transporte para que a equipe do CAPS AD se deslocar até os demais pontos de atenção da RAPS; Indisponibilidade da equipe para participar das reuniões; Falta de meios de comunicação institucionais, corroborando com o uso dos telefones pessoais;	Contato e vínculo com profissionais dos outros pontos de atenção; Encaminhamentos via whatsapp e via SEI;	Horário na agenda de trabalho reservado para as práticas de articulação de rede;

Fonte: Elaboração da Própria Pesquisadora.

Por mais que haja a falta de infraestrutura e insumos para que as práticas de articulação de rede sejam realizadas, salienta-se que os profissionais atuantes nestes serviços, são essenciais para o funcionamento dos serviços substitutivos e desenvolvimento de práticas congruentes com modo de AP. Almeida [78] discorre sobre as estratégias utilizadas pelos profissionais da AB para o desenvolvimento do cuidado em SM, constatou que a falta de formação especializada em saúde mental faz com que os profissionais não se sintam seguros para desenvolver as ações nesse campo, podendo reduzir as intervenções em terapêuticas medicamentosas, surgindo então, a necessidade de discussões coletivas para a construção e análise ao tipo de abordagem necessária ao atendimento à demanda do usuário em saúde mental no âmbito da AB. O funcionamento de uma rede articulada entre os diferentes pontos de atenção da RAPS no DF para o fortalecimento da AP, depende do investimento em fluxos, recursos e processos de trabalho que possam romper com os entraves que dificultam e limitam essas práticas, por mais que, cada RS possua suas particularidades, surgiram dificuldades e desafios em comum, tais como:

- i) falta disponibilidade de alguns profissionais para participar de reuniões com outros pontos de atenção: ressalta-se que a falta de recursos humanos e a sobrecarga de trabalho foram fortemente mencionados e se relacionam com a indisponibilidade e consequências da pandemia;
- ii) falta de um sistema de evolução unificado para todos os pontos de atenção da RAPS para acompanhar os casos: salienta-se que apenas o CAPS AD II do Itapoã, possui o sistema de prontuário eletrônico em comum com a Atenção Básicas e UPAs, contudo, não consegue ter acesso aos equipamentos ligados ao IGES, os outros CAPS AD permanecem em uso do prontuário físico;
- iii) falta de um fluxo de encaminhamentos consolidado para todos os pontos de atenção da RAPS: os pontos de atenção inseridos neste estudo, encaminham por meio do WhatsApp, e-mail, SEI e na guia de encaminhamento física, entregue em mãos para os usuários, entretanto, não conseguem acompanhar por meio de um sistema de prontuário eletrônico unificado se a pessoa está sendo atendida ou não, essas informações, geralmente são colhidas por comunicação do próprio usuário ou por meio do contato pessoal com algum profissional do outro serviço que tenha um vínculo estabelecido;
- iv) falta de telefone e sistema de telefonia nos equipamentos: aponta-se a necessidade de canais de comunicação institucionais;
- v) falta de motorista e carro para se deslocar entre as RAs que compõem as RS: as RS que são muito extensas e atendem áreas rurais, foram as que se queixaram sobre a falta de carro e motorista, principalmente para realizar as reuniões de matriciamento com unidades mais distantes;
- vi) falta de carga horária e agenda para realizar ações de articulação de rede: grande parcela dos participantes mencionaram que o foco principal dos equipamentos é suprir a demanda ali existente, ir para fora para participar de reuniões de rede ou fazer reuniões de matriciamento, por exemplo, não são vistas como prioridade e acabam ficando em segundo plano;
- vii) falta de reuniões matriciais: as reuniões de matriciamento foram apontadas pelos participantes como uma estratégia de extrema importância para o fortalecimento da AP, entretanto, ainda sofrem impactos pelo contexto da pandemia e por serem vistas como uma sobrecarga de trabalho pelos profissionais da UBS;

Cardoso et al [79] aponta que existem dificuldades para o fluxo de atendimento em saúde mental na AB, menciona o despreparo dos profissionais de saúde e o espaço físico limitado das unidades. Para o autor, é preciso investir em cursos de capacitação e de educação continuada como estratégia para ampliar o atendimento das demandas em saúde mental, achados que vão de encontro ao deste estudo. Sensibilizar os profissionais sobre o modo de AP, sobre as práticas que podem ser exercidas, tais como: encaminhamento com referência e contrarreferência, participação em reuniões de rede e matriciais, podem corroborar no fortalecimento do cuidado pautado no território e em liberdade, conforme o modo de AP, mesmo com as dificuldades e desafios identificados neste estudo, surgiram também, estratégias interventivas e de promoção à saúde:

- i) criar portfólio online com um cardápio completo da rede para ser compartilhado entre todos os pontos de atenção;
- ii) oferecer ações de educação continuada e permanente;
- iii) integrar dos sistemas de prontuários entre todos os pontos de atenção da RAPS;
- iv) contratar de serviço de telefonia, bem como, telefone;
- v) prover de carro e motorista para os equipamentos conseguirem se deslocar entre as RAs que compõem as RS;
- vi) dispor de carga horária específica para tecer as práticas de articulação de rede;
- vii) sensibilizar os profissionais da AB sobre a importância do matriciamento, desmistificando o imaginário de ser uma sobrecarga.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo teve como delineamento metodológico a abordagem qualitativa com enfoque exploratório e descritiva, não se propondo a esgotar o tema proposto e, sim, contribuir para pensar os desafios postos às equipes de CAPS AD e de UBS no que se refere às articulações de rede com foco no fortalecimento e resolutividade das práticas, conforme prevê os paradigmas da RPb, da Atenção Básica e da Atenção Psicossocial.

O funcionamento de uma rede articulada entre os diferentes pontos de atenção da RAPS depende do investimento em fluxos, recursos e processos de trabalho que possam romper com os entraves que dificultam e limitam essas práticas. Embora cada região de saúde apresente suas particularidades, as dificuldades e os desafios são bastante comuns entre elas, como (i) a falta disponibilidade dos profissionais para participarem de reuniões, com referência à sobrecarga de trabalho agravada pelo contexto da pandemia da Covid-19; (ii) a falta de um sistema de prontuário unificado para todos os pontos de atenção da RAPS para acompanhar os casos; (iii) a falta de um fluxo de encaminhamentos consolidado, seja via SEI, e-mail, WhatsApp ou em papel, não sendo possível acompanhar se a pessoa está sendo ou não atendida e quais condutas foram tomadas; (iv) a falta de um sistema de telefonia e de mensagens institucional, o que obriga o uso pessoal desses serviços por parte do profissional, acarretando em possíveis situações constrangedoras ou de risco; e (v) a falta transporte e motorista para possibilitar o deslocamento das equipes entre as RA que compõem as regiões de saúde para viabilizar as reuniões de matriciamento, em especial naquelas muito extensas e que atendem áreas rurais.

Embora haja falta de infraestrutura e de insumos para que as práticas de articulação de rede sejam realizadas de forma satisfatória na perspectiva dos participantes, estes profissionais também sugerem estratégias interventivas e de promoção de saúde com vistas à busca de melhorias, como (i) a criação de um portfólio online com uma lista completa de serviços que compõem a RAPS para ser compartilhado entre todos os pontos de atenção; (ii) a oferta de ações de educação continuada e permanente; (iii) a disponibilidade de carga horária específica para tecer as práticas de articulação de rede; e (iv) a sensibilização dos profissionais das UBS sobre a importância do matriciamento e de seu impacto na resolutividade dos casos de saúde mental e transtorno pelo uso de substância.

Nessa perspectiva, a RPb e o modelo de AB são fortalecidas a partir da prática de cada profissional, a partir do encontro, do trabalho vivo, da exploração da rede e da construção de

possibilidades. Compreende-se que os entraves existentes devem ser equacionados para que os paradigmas da RPb e o modo de AP se movimentem, se desenvolvam e se fortaleçam por meio das ações desenvolvidas pelos CAPS e pelas UBS. O trabalho em rede exige a articulação dos profissionais de diferentes serviços e especialidades, com o envolvimento e a participação ativa para a construção de ações de cuidado.

8. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Aponta-se dois fatores limitantes neste estudo, um deles foi a realização das entrevistas de forma virtual devido a pandemia da Covid-19, o que pode ter dificultado uma melhor expressão dos participantes sobre os temas abordados, a qual é favorecida pela presencialidade, onde as trocas e as discussões ocorrem de maneira viva e intensa. O outro fator limitante, foi em relação a parceria com o Núcleo de Ensino e Pesquisa (NUEP) das sete Regiões de Saúde do DF. Alguns profissionais que foram convidados a participarem da pesquisa, alegaram que a pesquisa precisaria passar pela aprovação do NUEP. Contudo, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília (CEP/FCE/UnB) e pelo Comitê de Ética Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF), salienta-se que entre os documentos que precisam ser submetidos aos Comitês de Ética para aprovação da pesquisa, estavam os Termos de Anuências Institucionais, que foram assinados pelos gerentes das unidades convidadas via SEI. Entretanto, os NUEP não aceitaram a documentação enviada no processo via SEI, dificultando o desenvolvimento do estudo, o que impactou diretamente no número de participantes.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Amarante P, Nunes M de O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2018Jun;23(Ciênc. saúde coletiva, 2018 23(6)). Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>.
2. Micheli GA. Not just a one-man revolution: the multifaceted anti-asylum watershed in Italy. *History of Psychiatry*. 2019 Feb 4;30(2):133–49.
3. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República, [2001]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 25 set. 2022.
4. Costa-Rosa, A. (2000). O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In P.D.C. Amarante (Org.). *Ensaio subjetividade, saúde mental, sociedade* (pp. 141-168). Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
5. Costa-Rosa, A., Luzio, C. A., & Yasui, S. (2003). Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In P.D.C. Amarante (Org.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial* (pp. 13-44). Rio de Janeiro: Nau Editora.
6. Estimativas da população residente para os municípios e para as unidades da federação | IBGE [Internet]. www.ibge.gov.br. [cited 2022 Dez 22]. Available from: <https://www.ibge.gov.br/Estatisticas/Sociais/Populacao/9103-Estimativas-De-Populacao.Html?=&T=Resultados>.
7. Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal 2020 -2023 [Internet]. Available from: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/183291/PDSM_2020_2023.pdf/153f5dd8-c54b-3711-680c-28a0cb23dd01?t=1648938776840.
8. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Plano Distrital de Saúde 2020-2023 [Internet]. Available from: https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2022/02/2020_06_01_PDS-2020-2023_Aprovada_CSDF_v_publicizada.pdf.
9. Sede Seabra, Sashidharan, Silva (2021). Caminos y desvios em la trayectoria de la reforma psiquiátrica brasileña. *Salud Colectiva*. Vol 17. Disponível em <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/3563>.
10. DIAS, Maria Antonieta Soares; LOPES, Luciana Oliveira; MARANGONI, Vívian Silva Lima. A política de redução de danos e a aplicabilidade do cuidado em uma unidade de saúde especializada a pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 3, n. 2, p. 1943-1952, 2020.

11. Cruz NF de O, Gonçalves RW, Delgado PGG. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trab educ saúde* [Internet]. 2020;18(Trab. educ. saúde, 2020 18(3)):e00285117. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>.
12. BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 544, de 7 de maio de 2018. Define diretrizes para o cadastro do novo porte de Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas do Tipo IV (CAPS AD IV) Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e dá outras providências. *Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, n. 117, p. 31*.
13. Fonseca RMAM, Gallassi AD. Práticas de cuidado extramuros nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas: a ocupação cidadã. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2021;25(Interface (Botucatu), 2021 25). Available from: <https://doi.org/10.1590/interface.200369>.
14. Gama CAP da, Lourenço RF, Coelho VAA, Campos CG, Guimarães DA. Os profissionais da Atenção Primária à Saúde diante das demandas de Saúde Mental: perspectivas e desafios. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2021;25(Interface (Botucatu), 2021 25). Available from: <https://doi.org/10.1590/interface.200438>.
15. Sampaio ML, Bispo Júnior JP. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2021;37(Cad. Saúde Pública, 2021 37(3)). Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00042620>.
16. Equipe editorial de Conceito de rede. Available from: <https://conceito.de/rede>.
17. Avelar MR, Malfitano APS. Entre o suporte e o controle: a articulação intersetorial de redes de serviços. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2018Oct;23(Ciênc. saúde coletiva, 2018 23(10)). Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.13872018>.
18. Amarante P. SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. 120 pp. (Temas em Saúde). ISBN: 978-85-7541-135-3.
19. Merhy EE. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 1999;4(Ciênc. saúde coletiva, 1999 4(2)). Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000200006>.
21. Ministério da Saúde (BR). 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) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

22. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 25 fev. 2023.
23. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de atenção básica, n. 34). Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf. Acesso em: 25 fev. 2023.
24. Alves, Hipácia Fayame Clares et al. Interprofissionalismo na Estratégia Saúde da Família: um olhar sobre as ações de promoção de saúde bucal. Saúde e Sociedade [online]. v. 30, n. 3 [Acessado 7 novembro 2022] , e200648. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200648>. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200648>.
25. Brasil. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União 2019.
26. Melo, Eduardo Alves et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. Saúde em Debate [online]. 2018, v. 42, n. spe1 [Acessado 16 dezembro 2022] , pp. 38-51. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>.
27. Harzheim, Erno et al. Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva [online]. v. 25, n. 4 [Acessado 16 dezembro 2022] , pp. 1361-1374. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.35062019>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.35062019>.
28. Engstrom EM, Lacerda A, Belmonte P, Teixeira MB. A dimensão do cuidado pelas equipes de Consultório na Rua: desafios da clínica em defesa da vida. Saúde debate [Internet]. 2019;43(Saúde debate, 2019 43(spe7)):50–61. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S704>.
29. Freire MAB, Yasui S. O território, as redes e suas (im)potências: o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas em um CAPSad. Fractal, Rev Psicol [Internet]. 2022;34(Fractal, Rev. Psicol., 2022 34):e5992. Available from: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/2022/v34/5992>.
30. Almeida ALM de, Cunha MB da. Unidade de Acolhimento Adulto: um olhar sobre o serviço residencial transitório para usuários de álcool e outras drogas. Saúde debate

[Internet]. 2021Jan;45(Saúde debate, 2021 45(128)):105–17. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112808>.

31. Martinello ECC, Fonsêca GS. Saúde mental na Atenção Básica: perspectivas a partir da clínica ampliada e compartilhada. RSD [Internet]. 17 de setembro de 2022 [citado em 8 de dezembro de 2022];11(12):e352111234727. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/34727>.

32. Almeida JMC de. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. Cad Saúde Pública [Internet]. 2019;35(Cad. Saúde Pública, 2019 35(11)):e00129519. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129519>.

33. Ribeiro SP, Cavalcanti M de LT. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2020May;25(Ciênc. saúde coletiva, 2020 25(5)):1799–808. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34122019>.

34. Rezende, L. C. M. Oliveira, L. R. de., Formiga Júnior, J. A. ., Silva , M. P. F. da., Moreira , T. C. Oliveira , T. M. A. de Barbosa, A. L. Silva, G. F. de P. Borelli, A. M. Brito , A. G. da S. . (2022). A necessidade de abordagem sobre saúde mental na atenção básica: Uma revisão integrativa. E-Acadêmica, 3(2), e6532231. <https://doi.org/10.52076/eacad-v3i2.231>.

35. Lima, Déborah Karollyne Ribeiro Ramos e Guimarães, Jacileide. A Rede de Atenção Psicossocial sob o olhar da complexidade: quem cuida da saúde mental?. Saúde em Debate [online]. v. 43, n. 122 [Acessado 8 novembro 2022] , pp. 883-896. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201912218>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912218>.

36. Campos GW de S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 1999;4(Ciênc. saúde coletiva, 1999 4(2)). Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000200013>.

37. Baptista JÁ, Camatta MW, Filippon PG, Schneider JF. Singular therapeutic project in mental health: an integrative review. Rev Bras Enferm [Internet]. 2020;73(Rev. Bras. Enferm., 2020 73(2)):e20180508. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0508>.

38. Santos AB. Escuta qualificada como ferramenta de humanização do cuidado em saúde mental na Atenção Básica. APS [Internet]. 24º de julho de 2019 [citado 8º de março de 2023];1(2):170-9. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/23>.

39. Fagundes GS, Campos MR, Fortes SLCL. Matriciamento em Saúde Mental: análise do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico na Atenção Básica. Ciênc saúde coletiva

[Internet]. 2021Jun;26(Ciênc. saúde coletiva, 2021 26(6)). Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.20032019>.

40. Zanardo, Gabriela Lemos de Pinho, Bianchessi, Desirée Luzardo Cardozo, & Rocha, Kátia Bones. (2018). Dispositivos e conexões da rede de atenção psicossocial (RAPS) de Porto Alegre - RS. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 9(3), 80-101. Recuperado em 08 de maro de 2023, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072018000300006&lng=pt&tlng=pt.

41. Garcia FDDO, Fernandes IFDAL. A Importância do Matriciamento para Funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS: Fortalecendo a Atenção Básica no Território de São Mateus. *RIDAP [Internet]*. 2º de dezembro de 2019 [citado 22 de novembro de 2022];4(1):207-23. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/RIDAP/article/view/11376>.

42. Esalhão AD, Coimbra VCC, Kantorski LP, Pinho LB, Santos EO. Mental health care network: the views of coordinators of the Family Health Strategy (FHS). *Rev Gaúcha Enferm*. 2017 Mar;38(1):e60973. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.60973>.

43. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

44. Gil, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

45. Santos K da S, Ribeiro MC, Queiroga DEU de, Silva IAP da, Ferreira SMS. O uso de triangulação múltipla como estratégia de validação em um estudo qualitativo. *Ciênc saúde coletiva [Internet]*. 2020Feb;25(Ciênc. saúde coletiva, 2020 25(2)):655–64. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.12302018>.

46. Tuzzo, S. A., & Braga, C. F. (2016). O processo de triangulação da pesquisa qualitativa: o metafenômeno como gênese. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 4(5), 140–158. Recuperado de <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/38>.

47. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 13 jun. 2013^a.

48. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 510, de 7 de abril de 2016. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 maio 2016.

49. Santos Fm. Análise De Conteúdo: A Visão De Laurence Bardin. *Rev Eletronica Educ*. 2012; 6(1):383-7.5.

50. Li X, Krumholz HM, Yip W, Cheng KK, De Maeseneer J, Meng Q, Mossialos E, Li C, Lu J, Su M, Zhang Q, Xu DR, Li L, Normand ST, Peto R, Li J, Wang Z, Yan H, Gao R, Chunharas S, Gao X, Guerra R, Ji H, Ke Y, Pan Z, Wu X, Xiao S, Xie X, Zhang Y, Zhu J, Zhu S, Hu S. Quality of primary health care in China: challenges and recommendations. *Lancet*. 2020 Jun 6;395(10239):1802-1812. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30122-7. PMID: 32505251; PMCID: PMC7272159.
51. Yip W, Fu H, Chen AT, Zhai T, Jian W, Xu R, Pan J, Hu M, Zhou Z, Chen Q, Mao W, Sun Q, Chen W. 10 years of health-care reform in China: progress and gaps in Universal Health Coverage. *Lancet*. 2019 Sep 28;394(10204):1192-1204. doi: 10.1016/S0140-6736(19)32136-1. PMID: 31571602.
52. Secretaria de Estado de Economia do Distrito Federal. Companhia de Planejamento do Distrito Federal – CODEPLAN. Perfil da População em Situação de Rua no Distrito Federal. Brasília, junho de 2022. Available from: <http://infodf.codeplan.df.gov.br/pop-rua-df/>.
53. Paiva IKS de, Guimarães J. População em situação de rua e Rede de Atenção Psicossocial: na corda bamba do cuidado. *Physis [Internet]*. 2022;32(Physis, 2022 32(4)):e320408. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320408>.
54. Cordeiro GFT, Santos TM dos, Ferreira RG dos S, Guljor APF, Peters AA, Peres MA de A. PROTOCOLOS PARA ATENDIMENTO DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: SUBSÍDIOS PARA TRANSFORMAÇÃO DA ASSISTÊNCIA. *Cogitare Enferm [Internet]*. 2022;27(Cogitare Enferm., 2022 27). Available from: <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.82680>.
55. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Regulação em saúde (SISREG). Brasília: CONASS, 2011.
56. Nóbrega M do PS de S, Mantovani G dos S, Domingos AM. Recursos, objetivos e diretrizes em uma estrutura de Rede de Atenção Psicossocial. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2020;73(Rev. Bras. Enferm., 2020 73(1)). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0864>.
57. Silva AP, Moraes HMM de, Albuquerque M do SV de, Guimarães MBL, Lyra TM. Os desafios da organização em rede na atenção psicossocial especializada: o caso do Recife. *Saúde debate [Internet]*. 2021Jan;45(Saúde debate, 2021 45(128)). Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112805>.
58. Santos EO dos, Pinho LB de, Silva AB da, Eslabão AD. Analysis of access to the psychosocial care network for users of alcohol and other drugs in rural areas. *Rev Gaúcha Enferm [Internet]*. 2022;43(Rev. Gaúcha Enferm., 2022 43). Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210229.en>.

59. Lima DKRR, Guimarães J. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. *Physis* [Internet]. 2019;29(Physis, 2019 29(3)). Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290310>.
60. Distrito Federal. Manual de orientações para o atendimento à pessoa em risco de suicídio. Brasília/DF, 2021. Available from: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/183291/Manual-de-orientacoes-para-o-atendimento-a-pessoa-em-risco-de-suicidio.pdf/67c4072f-448f-d7d5-b049-73960ec1e73c?t=1648938681954>.
61. Kinoshita, Roberto Tykanori et al. Atenção psicossocial e bem viver: relato de experiência de um Projeto Terapêutico Singular pelas dimensões da Felicidade Interna Bruta. *Saúde em Debate* [online]. v. 44, spe 3 [Acessado 11 Março 2023] , pp. 320-332. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042020E326>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E326>.
62. Chazan LF, Fortes S, Camargo Jr. KRD, Freitas GCD. O apoio matricial na Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro: uma percepção dos matriciadores com foco na Saúde Mental. *Physis* [Internet]. 2019;29(Physis, 2019 29(2)):e290212. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290212>.
63. Lima Kubo, Hk, Campiolo, El, Ochikubo, Gt, & Batista, G. Impacto Da Pandemia Do Covid-19 No Serviço De Saúde: Uma Revisão De Literatura. *InterAmerican Journal of Medicine and Health*. 2020 Jul 26;3. Available from: <https://Doi.Org/10.31005/Iajmh.V3i0.140>.
64. Ornell F, Borelli WV, Benzano D, Schuch JB, Moura HF, Sordi AO, Kessler FHP, Scherer JN, von Diemen L. The next pandemic: impact of COVID-19 in mental healthcare assistance in a nationwide epidemiological study. *Lancet Reg Health Am*. 2021 Dec;4:100061. doi: 10.1016/j.lana.2021.100061. Epub 2021 Sep 3. PMID: 34518824; PMCID: PMC8427141.
65. Martim, J; Halpern, S. Percepção dos profissionais da RAPS sobre o atendimento integral ao usuário de drogas. *Serviço Social em Debate*, v. 3, n. 2, 2020.
66. Ribeiro SP, Cavalcanti M de LT. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2020May;25(Ciênc. saúde coletiva, 2020 25(5)). Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34122019>.
67. Abreu ÂMM, Jomar RT, Taets GG de C, Souza MH do N, Fernandes DB. Screening and Brief Intervention for the use of alcohol and other drugs. *Rev Bras Enferm* [Internet].

2018;71(Rev. Bras. Enferm., 2018 71 suppl 5). Available from:
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0444>.

68. RODRIGUES, S. B. .; BARBOSA, S. P. .; MACHADO, E. C. .; LUIS, M. A. V. .
 Effects of brief intervention on the alcohol consumption pattern of Primary Health Care
 users. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 11, n. 7, p. e8811729659, 2022. DOI:
 10.33448/rsd-v11i7.29659. Disponível em:
<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/29659>. Acesso em: 11 feb. 2023.

69. Rotoli A, Silva MRS da, Santos AM dos, Oliveira AMN de, Gomes GC. Mental health
 in Primary Care: challenges for the resoluteness of actions. *Esc Anna Nery* [Internet].
 2019;23(Esc. Anna Nery, 2019 23(2)):e20180303. Available from:
<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0303>.

70. Paiano M, Kurata VM, Lopes APAT, Batistela G, Marcon SS. The Intervening Factors
 on the Treatment Adherence of Drug Users Assisted By a Caps-Ad / Fatores Intervenientes
 na Adesão ao Tratamento de Usuários de Drogas Atendidos no Caps-Ad. *R. pesq. cuid.*
fundam. online [Internet]. 14º de fevereiro de 2020 [citado 11 de outubro de
 2022];11(3):687-93. Available from:
<http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/7072>.

71. Rezio L de A, Conciani ME, Queiroz MA. O processo de facilitação de Educação
 Permanente em Saúde para formação em saúde mental na Atenção Primária à Saúde.
Interface (Botucatu) [Internet]. 2020;24(Interface (Botucatu), 2020 24). Available from:
<https://doi.org/10.1590/interface.200113>.

72. Sheridan Rains L, Johnson S, Barnett P, Steare T, Needle JJ, Carr S, et al. Early impacts
 of the COVID-19 pandemic on mental health care and on people with mental health
 conditions: framework synthesis of international experiences and responses. *Social
 Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2020 Aug 17;56(1)

73. Martinhago F, Oliveira WF de. A prática profissional nos Centros de Atenção
 Psicossocial II (caps II), na perspectiva dos profissionais de saúde mental de Santa Catarina.
Saúde debate [Internet]. 2012Oct;36(Saúde debate, 2012 36(95)):583–94. Available from:
<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Bj63LCHtYZHjqd8fN7MyP6r/>.

74. Schran L da S, Machineski GG, Rizzotto MLF, Caldeira S. Percepção da equipe
 multidisciplinar sobre a estrutura dos serviços de saúde mental: estudo fenomenológico. *Rev
 Gaúcha Enferm* [Internet]. 2019;40(Rev. Gaúcha Enferm., 2019 40). Available from:
<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180151>.

75. Lima ICBF, Passos ICF. RESIDÊNCIAS INTEGRADAS EM SAÚDE MENTAL:
 PARA ALÉM DO TECNICISMO. *Trab educ saúde* [Internet]. 2019;17(Trab. educ. saúde,
 2019 17(2)). Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00209>.

76. Moura RFS de, Silva CR de C e. Saúde Mental na Atenção Básica: Sentidos Atribuídos pelos Agentes Comunitários de Saúde. *Psicol cienc prof* [Internet]. 2015Jan;35(Psicol. cienc. prof., 2015 35(1)). Available from: <https://doi.org/10.1590/1982-3703001832013>.
77. Pinheiro GEW, Kantorski LP. Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: um estudo avaliativo e participativo. *Rev. Cont. Saúde* [Internet]. 4º de novembro de 2020 [citado 15 de outubro de 2022];20(40):199-208. Disponível em: <https://revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/10742>.
78. Almeida, D. L., Gomes Alvim, R. ., Soares Cota, A. L. ., & da Silva Pereira, T. . (2022). SABERES EM SAÚDE MENTAL E A PRÁTICA PROFISSIONAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. *Interfaces Científicas - Humanas E Sociais*, 9(3), 27–42. <https://doi.org/10.17564/2316-3801.2022v9n3p27-42>.
79. Cardoso LCB, Arruda GO de, Giacon-Arruda BCC, Paiano M, Pinho LB de, Marcon SS. WORK PROCESS AND MENTAL HEALTH CARE FLOW IN PRIMARY HEALTH CARE. *Texto contexto - enferm* [Internet]. 2020;29(Texto contexto - enferm., 2020 29):e20190191. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0191>.

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa: Rede de Atenção Psicossocial: explorando a articulação de rede entre os serviços que atuam com pessoal em uso de álcool e outras drogas (CAPS AD) do Distrito Federal (DF). Trata-se de um projeto de Mestrado, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias da Saúde (FCE – UnB), sob a responsabilidade da pesquisadora Michelle de Menezes Carlos e orientação da Profª. Dra. Andrea Donatti Gallassi.

O objetivo da pesquisa é explorar a articulação de rede realizada pelos sete Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas do Distrito Federal com os demais serviços da Rede de Atenção Psicossocial que atuam com pessoas em uso de álcool e outras drogas.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de uma entrevista semiestruturada que será realizada de forma online por meio da plataforma de sua preferência, com duração prevista de 10 até 20 minutos. O agendamento do dia e horário da entrevista ocorrerá por e-mail e/ou whatsapp. As entrevistas serão gravadas no computador da pesquisadora em áudio e vídeo para transcrição das falas e posterior análise dos dados.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa podem ocorrer durante a entrevista semiestruturada, que pode gerar desconforto, constrangimento ou alterações de comportamento durante as gravações de áudio e vídeo, assim como cansaço ou aborrecimento ao responder sobre a temática do estudo. Para minimizar os riscos, antes de iniciar a entrevista, o senhor(a) será informado que pode desistir da participação em qualquer etapa durante o desenvolvimento da pesquisa, e pode manter a câmera desligada caso se sinta mais à vontade.

Se o senhor(a) aceitar participar, estará contribuindo para compreensão das estratégias, facilidades e dificuldades que os CAPS AD do DF encontram para realizar articulação de rede com os demais serviços que atendem pessoas em uso de álcool e outras drogas.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). O(A) Senhor(a) tem direito a buscar indenização em caso de danos provocados pela pesquisa, ainda que sejam danos não previstos na mesma, porém a ela relacionados.

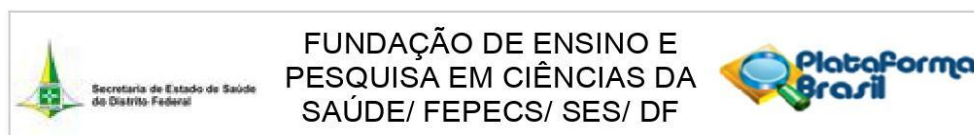
As despesas relacionadas com a participação (ressarcimento) serão absorvidas integralmente pelo orçamento da pesquisa. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo as entrevistas semiestruturadas. Também não há compensação financeira relacionada a sua participação, que será voluntária.

Após a elaboração do estudo e publicações dos achados em revistas científicas, será oferecido um relatório e apresentação da pesquisa para todos os participantes, para que possam conhecer os resultados para contribuição com os processos de trabalho destes serviços.

A pesquisa contribuirá na compreensão e elaboração de estratégias, facilidades e dificuldades que os CAPS AD do DF encontram para realizar articulação de rede. Dessa forma, colaborar com a implementação da lógica da reabilitação psicossocial nos serviços que atendem pessoas em uso de álcool e outras drogas, propiciar futuros trabalhos relacionados ao fortalecimento

ANEXO II

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Rede de Atenção Psicossocial: explorando a articulação de rede entre os serviços que atuam com pessoas em uso de álcool e outras drogas do Distrito Federal

Pesquisador: MICHELLE DE MENEZES CARLOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 53345921.7.3001.5553

Instituição Proponente: Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.352.875

Apresentação do Projeto:

1. Tipo de Projeto: Segunda versão de projeto de TCC de pós-graduação do Mestrado/Doutorado de outra instituição

2. Instituição Proponente: Faculdade UnB Ceilândia - Curso de Saúde Coletiva

3. Trata-se de um Estudo Multicêntrico?

() Sim (x) Não

4. Se Multicêntrico, qual a origem?

() Nacional () Internacional

5. Se Internacional, qual o país de origem da Pesquisa? não se aplica

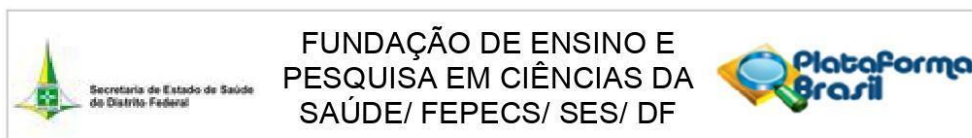
6. A pesquisa é patrocinada ou de financiamento próprio?

() Patrocinada (x) Financiamento Próprio

7. Se for pesquisa patrocinada, citar o(s) patrocinador (es): não se aplica

8. Qual o tamanho da amostra a ser estudada na SES-DF?

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP



Continuação do Parecer: 5.352.875

- 42 participantes

9. Citar TODOS os locais da SES-DF onde a pesquisa será realizada:

- A pesquisa será realizada com os profissionais de saúde dos sete Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) do Distrito Federal (DF)

10. Qual a População que será estudada:

- ☐ RNs
- ☐ Lactentes
- ☐ Crianças
- ☐ Adolescentes
- ☒ Adultos
- ☐ Idosos

11. Envolve População em situação de vulnerabilidade? não

12. Hipótese(s): "Considerando a importância da integração e articulação dos serviços em rede para a continuidade do cuidado em saúde mental de base territorial, os profissionais de saúde que atuam na atenção especializada conseguem realizar a articulação de rede com os demais serviços que compõem a rede de atenção psicossocial? Se sim, de que forma?"

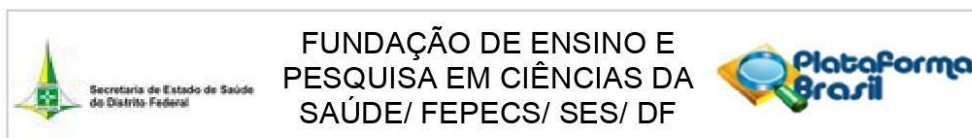
13. Critério de Inclusão: "Como critério de inclusão, serão selecionados profissionais de saúde que compõe a equipe multidisciplinar dos sete CAPS AD do DF - pelo menos seis profissionais de cada serviço com categorias profissionais distintas: 01 assistente social, 01 enfermeiro, 01 psicólogo, 01 terapeuta ocupacional, 01 médico psiquiatra e 01 farmacêutico."

14. Critério de Exclusão: "Serão excluídos da pesquisa profissionais que possuem a mesma categoria profissional e atuam no mesmo serviço."

15. Breve consideração sobre a metodologia (metodologia utilizada e descrição das etapas):

"Trata-se de um estudo exploratório de abordagem qualitativa. A pesquisa será realizada com os

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-907
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)2017-1145 **E-mail:** cep@fepecs.edu.br



Continuação do Parecer: 5.352.875

profissionais de saúde dos sete Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) do Distrito Federal (DF). A coleta dos dados se dará por entrevista semiestruturada, aplicada pela entrevistadora. A pesquisa será realizada em três etapas: i) convite para participação da pesquisa; ii) agendamento da entrevista semiestruturada e iii) entrevista semiestruturada online;"

Objetivo da Pesquisa:

Informações retiradas do PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1893168.pdf postado em 20/03/2022

Objetivo Primário:

"Explorar a articulação de rede realizada pelos sete CAPS AD com os demais serviços da RAPS do DF que atuam com pessoas em uso de álcool e outras drogas, iniciando pela porta de entrada – a APS (UBS, NASF e CnR) - até os pontos de atenção específicos – o CAPS AD, A CT e a UA"

Objetivo Secundário:

"Identificar estratégias formais e não formais que foram construídas para facilitar e ampliar a articulação da rede; Identificar possíveis limitações e dificuldades para que a articulação de rede seja realizada; Explorar como são realizados os encaminhamentos entre os serviços da RAPS;"

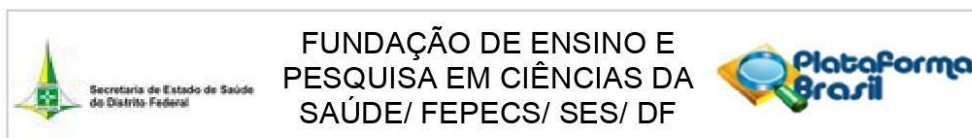
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Informações retiradas do PROJETO_DETALHADO.pdf postado em 20/03/2022

Riscos:

"A entrevista pode gerar desconforto, constrangimento ou alterações de comportamento durante gravações de áudio e vídeo, assim como cansaço ou aborrecimento ao responder em responder sobre a temática do estudo. Para minimizar os riscos, antes de iniciar a entrevista, os participantes serão informados que podem desistir da participação em qualquer etapa durante o desenvolvimento da pesquisa, e podem manter a câmera desligada caso se sintam mais à vontade. O termo de consentimento livre e esclarecido que contém todas essas informações, será enviado por e-mail antes da realização da entrevista semiestruturada. Em relação ao risco de quebra do sigilo e perda da confidencialidade dos dados, para garantir e assegurar a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa, as entrevistas serão gravadas no computador da pesquisadora em áudio e vídeo apenas para transcrição das falas e posterior análise dos dados. O material coletado ficará sob a guarda da

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-907
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)2017-1145 **E-mail:** cep@fepecs.edu.br



Continuação do Parecer: 5.352.875

pesquisadora em pasta com senha por um período de cinco anos, após isso serão destruídos."

Benefícios:

"Após a elaboração do estudo e publicações dos achados em revistas científicas, será oferecido um relatório e apresentação da pesquisa para todos os participantes, para que possam conhecer os resultados para contribuição com os processos de trabalho destes serviços e debater em relação aos achados. A pesquisa contribuirá na compreensão e elaboração de estratégias, facilidades e dificuldades que os CAPS AD do DF encontram para realizar articulação de rede. Dessa forma, colaborar com a implementação da lógica da reabilitação psicossocial nos serviços que atendem pessoas em uso de álcool e outras drogas, propiciar futuros trabalhos relacionados ao fortalecimento da reforma psiquiátrica e da rede de atenção psicossocial, refletir sobre políticas públicas que estão voltadas para este público."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

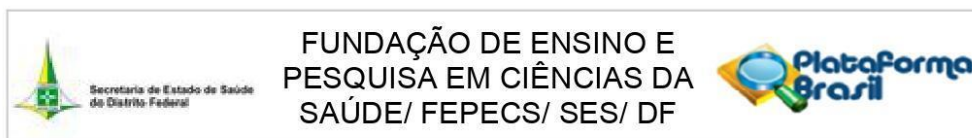
1. Ponderação entre os riscos e benefícios da pesquisa: apresentados, porém o risco de quebra do sigilo e perda da confidencialidade dos dados não foi abordado.
2. Relevância social: adequado
3. Processo de recrutamento: apresentado e adequado
4. Critérios para inclusão e exclusão de participantes na pesquisa: apresentados
5. Processo de obtenção do TCLE: apresentado
6. Justificativa de Dispensa do TCLE: não se aplica
7. Procedimentos efetivos para garantia do sigilo e confidencialidade: não apresentados
8. Proteção de participantes de pesquisa em situação de vulnerabilidade: não se aplica
9. Orçamento para realização da pesquisa: apresentado
10. Cronograma de Execução da pesquisa: apresentado

O Parecer Consubstanciado CEP/FEPECS nº 5.290.011 apontou a seguinte pendência:

- 1 - Incluir na descrição dos riscos associados à pesquisa o risco de quebra do sigilo e perda da confidencialidade dos dados e descrever os procedimentos efetivos que serão adotados para assegurar a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa.

*Base para emissão da pendência: Resolução CNS nº 466 de 2012, item III.2.i.

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-907
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)2017-1145 **E-mail:** cep@fepecs.edu.br



Continuação do Parecer: 5.352.875

- Resposta: "Os dados obtidos na pesquisa serão utilizados exclusivamente para finalidade do estudo em tela. As informações coletadas serão mantidas em sigilo, garantido o caráter confidencial de sua utilização. Somente o pesquisador responsável terá acesso ao conteúdo das entrevistas. Após efetivação da entrevista, os dados serão transcritos, sendo assegurada a privacidade e a confidencialidade dos dados obtidos, preservando integralmente o anonimato e a imagem do participante, bem como a sua não estigmatização em conformidade com o que prevê os termos da Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Em relação ao risco de quebra do sigilo e perda da confidencialidade dos dados, para garantir e assegurar a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa, as entrevistas serão gravadas no computador da pesquisadora em áudio e vídeo apenas para transcrição das falas e posterior análise dos dados. O material coletado ficará sob a guarda da pesquisadora em pasta com senha por um período de cinco anos, após isso serão destruídos."

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1. Carta de Resposta às Pendências: apresentada
2. Documentos que se fizerem necessários, conforme solicitação do colegiado após apreciação ética (como por exemplo os currículos; o termo de anuência corrigido, entre outros): TCLE e Projeto Brochura

Recomendações:

—

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

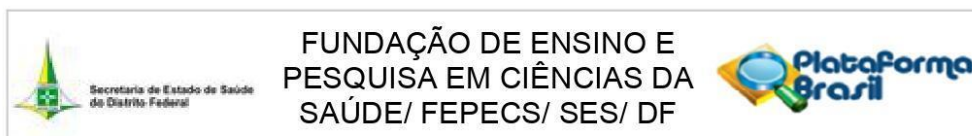
Projeto aprovado.

A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais. O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos participantes da pesquisa e de que os dados obtidos na mesma deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo.

Cabe, ainda, ao pesquisador:

- a) desenvolver o projeto conforme delineado;

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-907
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)2017-1145 **E-mail:** cep@fepecs.edu.br



Continuação do Parecer: 5.352.875

- b) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- c) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- d) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- e) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- f) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

***Reiteramos os cuidados referentes a Pandemia (COVID-19), para que sejam obedecidas as orientações legais vigentes quanto a proteção do pesquisador e dos participantes de pesquisas).

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1893168.pdf	20/03/2022 09:41:22		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO.pdf	20/03/2022 09:38:39	MICHELLE DE MENEZES CARLOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	NOVO_TCLE.pdf	20/03/2022 09:38:30	MICHELLE DE MENEZES CARLOS	Aceito
Outros	PENDENCIAS_FEPECS.pdf	20/03/2022 09:37:45	MICHELLE DE MENEZES CARLOS	Aceito
Outros	PESQUISADORA.pdf	12/02/2022 13:50:53	MICHELLE DE MENEZES CARLOS	Aceito
Outros	COMPROMISSO.pdf	12/02/2022 11:37:15	MICHELLE DE MENEZES CARLOS	Aceito
Outros	ENCAMINHAMENTO.pdf	12/02/2022 11:36:27	MICHELLE DE MENEZES CARLOS	Aceito
Outros	ORIENTADORA.pdf	12/02/2022 11:27:52	MICHELLE DE MENEZES CARLOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE.pdf	23/01/2022 13:24:14	MICHELLE DE MENEZES CARLOS	Aceito

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP

Bairro: ASA NORTE

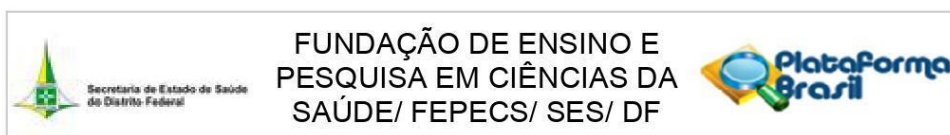
CEP: 70.710-907

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)2017-1145

E-mail: cep@fepecs.edu.br



Continuação do Parecer: 5.352.875

Ausência	TCLE.pdf	23/01/2022 13:24:14	MICHELLE DE MENEZES CARLOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	23/01/2022 13:24:04	MICHELLE DE MENEZES CARLOS	Aceito
Outros	PENDENCIAS.doc	23/01/2022 13:21:40	MICHELLE DE MENEZES CARLOS	Aceito
Outros	AUTORIZACAO.pdf	10/12/2021 13:36:43	MICHELLE DE MENEZES CARLOS	Aceito
Outros	CARTA.pdf	10/12/2021 13:34:40	MICHELLE DE MENEZES CARLOS	Aceito
Outros	Andrea.pdf	16/11/2021 21:29:48	MICHELLE DE MENEZES CARLOS	Aceito
Outros	Folha.pdf	12/11/2021 14:32:59	MICHELLE DE MENEZES CARLOS	Aceito
Outros	Proponente_assinado_pesquisadora.pdf	12/11/2021 14:30:11	MICHELLE DE MENEZES CARLOS	Aceito
Outros	Termo_Concordancia_proponente_assinado_diretor.pdf	12/11/2021 14:26:38	MICHELLE DE MENEZES CARLOS	Aceito
Outros	Termodecoparticipanteerrata.pdf	12/11/2021 14:25:39	MICHELLE DE MENEZES CARLOS	Aceito
Outros	MICHELLE.pdf	03/11/2021 13:34:54	MICHELLE DE MENEZES CARLOS	Aceito
Outros	cartaencaminhamento.pdf	03/11/2021 13:25:38	MICHELLE DE MENEZES CARLOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 15 de Abril de 2022

Assinado por:
Maria Cristina de Paula Scanduzzi
(Coordenador(a))

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-907
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)2017-1145 **E-mail:** cep@fepecs.edu.br

ANEXO III - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

FACULDADE DE CEILÂNDIA
DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - UNB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Rede de Atenção Psicossocial: explorando a articulação de rede entre os serviços que atuam com pessoas em uso de álcool e outras drogas do Distrito Federal

Pesquisador: MICHELLE DE MENEZES CARLOS

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 53345921.7.0000.8093

Instituição Proponente: PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS EM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.222.040

Apresentação do Projeto:

"Introdução: A RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) estabelece os pontos de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS) para as pessoas em sofrimento psíquico e que apresentam prejuízos em decorrência do consumo de álcool e outras drogas, integrando a saúde mental, por meio da articulação de rede, em todos os níveis e pontos de atenção do SUS, ressaltando a necessidade do cuidado em território, garantindo autonomia e liberdade, conforme os paradigmas da reforma psiquiátrica (BRASIL, 2011). Nesse sentido, a RAPS foi instituída com a proposta de integrar os serviços SUS para promover um melhor cuidado das pessoas com transtornos mentais e em sofrimento pelo uso de álcool e outras drogas, estimulando os profissionais a atuarem em rede para oferecerem um melhor cuidado aos usuários. Objetivo: Explorar a articulação de rede realizada pelos sete CAPS AD do DF com os demais serviços da RAPS que atuam com pessoas em uso de álcool e outras drogas, iniciando pela porta de entrada – a APS (UBS, NASF e CnR) - até os pontos de atenção específicos – o CAPS AD, A CT e a UA. Métodos: Trata-se de um estudo exploratório de abordagem qualitativa. A pesquisa será realizada com os profissionais de saúde dos sete Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) do Distrito Federal (DF). A coleta dos dados se dará por entrevista semiestruturada, aplicada pela entrevistadora. A pesquisa será realizada em três etapas: i) convite para participação da pesquisa; ii) agendamento da entrevista semiestruturada e iii) entrevista semiestruturada online. Para a análise de dados será

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66
Bairro: CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) **CEP:** 72.220-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-8434 **E-mail:** cep.fce@gmail.com

FACULDADE DE CEILÂNDIA
DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 5.222.040

utilizada a abordagem de análise de conteúdo de Bardin. Critérios de inclusão: Serão selecionados profissionais de saúde que compõem a equipe multidisciplinar dos sete CAPS AD do DF - pelo menos seis profissionais de cada serviço com categorias profissionais distintas: 01 assistente social, 01 enfermeiro, 01 psicólogo, 01 terapeuta ocupacional, 01 médico psiquiatra e 01 farmacêutico. Critérios de exclusão: Serão excluídos da pesquisa profissionais que possuem a mesma categoria e atuam no mesmo serviço. Riscos: A entrevista pode gerar desconforto, constrangimento ou alterações de comportamento durante gravações de áudio e vídeo, assim como cansaço ou aborrecimento ao responder em responder sobre a temática do estudo. Para minimizar os riscos, antes de iniciar a entrevista, os participantes serão informados que podem desistir da participação em qualquer etapa durante o desenvolvimento da pesquisa, e podem manter a câmera desligada caso se sintam mais à vontade. O termo de consentimento livre e esclarecido que contém todas essas informações, será enviado por e-mail antes da realização da entrevista semiestruturada. Benefícios: Após a elaboração do estudo e publicações dos achados em revistas científicas, será oferecido um relatório e apresentação da pesquisa para todos os participantes, para que possam conhecer os resultados para contribuição com os processos de trabalho destes serviços e debater em relação aos achados. A pesquisa contribuirá na compreensão e elaboração de estratégias, facilidades e dificuldades que os CAPS AD do DF encontram para realizar articulação de rede. Dessa forma, colaborar com a implementação da lógica da reabilitação psicossocial nos serviços que atendem pessoas em uso de álcool e outras drogas, propiciar futuros trabalhos relacionados ao fortalecimento da reforma psiquiátrica e da rede de atenção psicossocial, refletir sobre políticas públicas que estão voltadas para este público. Resultados esperados: Espera-se com este estudo propiciar uma análise reflexiva de como os serviços de saúde que atuam com pessoas que usam álcool e outras drogas se articulam entre si, evidenciando facilidades e dificuldades, além de propiciar futuros trabalhos relacionados ao fortalecimento da reforma psiquiátrica e colaborar com a implementação da lógica da reabilitação psicossocial."

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

"Serão selecionados profissionais de saúde que compõem a equipe multidisciplinar dos sete CAPS AD do DF - pelo menos seis profissionais de cada serviço com categorias profissionais distintas: 01 assistente social, 01 enfermeiro, 01 psicólogo, 01 terapeuta ocupacional, 01 médico psiquiatra e 01 farmacêutico."

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66
Bairro: CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) **CEP:** 72.220-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-8434 **E-mail:** cep.fce@gmail.com

FACULDADE DE CEILÂNDIA
DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 5.222.040

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

"Serão excluídos da pesquisa profissionais que possuem a mesma categoria e atuem no mesmo serviço."

Objetivo da Pesquisa:

GERAL: "Explorar a articulação de rede realizada pelos sete CAPS AD do DF com os demais serviços da RAPS que atuam com pessoas em uso de álcool e outras drogas, iniciando pela porta de entrada – a APS (UBS, NASF e CnR) - até os pontos de atenção específicos – o CAPS AD, A CT e a UA."

ESPECÍFICOS: "Identificar estratégias formais e não formais que foram construídas para facilitar e ampliar a articulação da rede; Identificar possíveis limitações e dificuldades para que a articulação de rede seja realizada; Explorar como são realizados os encaminhamentos entre os serviços da RAPS."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: "A entrevista pode gerar desconforto, constrangimento ou alterações de comportamento durante gravações de áudio e vídeo, assim como cansaço ou aborrecimento ao responder em responder sobre a temática do estudo. Para minimizar os riscos, antes de iniciar a entrevista, os participantes serão informados que podem desistir da participação em qualquer etapa durante o desenvolvimento da pesquisa, e podem manter a câmera desligada caso se sintam mais à vontade. O termo de consentimento livre e esclarecido que contém todas essas informações, será enviado por e-mail antes da realização da entrevista semiestruturada."

BENEFÍCIOS: "Após a elaboração do estudo e publicações dos achados em revistas científicas, será oferecido um relatório e apresentação da pesquisa para todos os participantes, para que possam conhecer os resultados para contribuição com os processos de trabalho destes serviços e debater em relação aos achados. A pesquisa contribuirá na compreensão e elaboração de estratégias, facilidades e dificuldades que os CAPS AD do DF encontram para realizar articulação de rede. Dessa forma, colaborar com a implementação da lógica da reabilitação psicossocial nos serviços que atendem pessoas em uso de álcool e outras drogas, propiciar futuros trabalhos relacionados ao fortalecimento da reforma psiquiátrica e da rede de atenção psicossocial, refletir sobre políticas públicas que estão voltadas para este público."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de Mestrado, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Ciências e

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66
Bairro: CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) **CEP:** 72.220-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-8434 **E-mail:** cep.fce@gmail.com

**FACULDADE DE CEILÂNDIA
DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - UNB**



Continuação do Parecer: 5.222.040

Tecnologias da Saúde (FCE – UnB), da pesquisadora Michelle de Menezes Carlos, sob orientação da Profa. Dra. Andrea Donatti Gallassi.

Número amostral = 42

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos foram adequadamente apresentados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram sanadas satisfatoriamente.

Projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo de pesquisa em consonância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Cabe ressaltar que compete ao pesquisador responsável: desenvolver o projeto conforme delineado; elaborar e apresentar os relatórios parciais e final; apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa; encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Deve-se levar em conta, neste momento de pandemia de COVID-19, as orientações da Instituição onde os dados serão coletados e que isto deve ser levado em consideração para reorganizar o cronograma, caso necessário. Deve-se comunicar ao CEP, por meio de relatório parcial, as dificuldades encontradas na coleta.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1766564.pdf	23/01/2022 13:27:01		Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	23/01/2022 13:24:45	MICHELLE DE MENEZES CARLOS	Aceito

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66
Bairro: CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) **CEP:** 72.220-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-8434 **E-mail:** cep.fce@gmail.com

**FACULDADE DE CEILÂNDIA
DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - UNB**



Continuação do Parecer: 5.222.040

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	23/01/2022 13:24:14	MICHELLE DE MENEZES CARLOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	23/01/2022 13:24:04	MICHELLE DE MENEZES CARLOS	Aceito
Outros	PENDENCIAS.doc	23/01/2022 13:21:40	MICHELLE DE MENEZES CARLOS	Aceito
Orçamento	Orcamento.doc	10/12/2021 13:41:57	MICHELLE DE MENEZES CARLOS	Aceito
Outros	AUTORIZACAO.pdf	10/12/2021 13:36:43	MICHELLE DE MENEZES CARLOS	Aceito
Outros	CARTA.pdf	10/12/2021 13:34:40	MICHELLE DE MENEZES CARLOS	Aceito
Outros	Andrea.pdf	16/11/2021 21:29:48	MICHELLE DE MENEZES CARLOS	Aceito
Outros	Folha.pdf	12/11/2021 14:32:59	MICHELLE DE MENEZES CARLOS	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_assinada_SEI.pdf	12/11/2021 14:32:41	MICHELLE DE MENEZES CARLOS	Aceito
Outros	Proponente_assinado_pesquisadora.pdf	12/11/2021 14:30:11	MICHELLE DE MENEZES CARLOS	Aceito
Outros	Termo_Concordancia_proponente_assinado_diretor.pdf	12/11/2021 14:26:38	MICHELLE DE MENEZES CARLOS	Aceito
Outros	Termodecoparticipanteerrata.pdf	12/11/2021 14:25:39	MICHELLE DE MENEZES CARLOS	Aceito
Declaração de concordância	Termocoparticipante.pdf	12/11/2021 14:25:18	MICHELLE DE MENEZES CARLOS	Aceito
Outros	MICHELLE.pdf	03/11/2021 13:34:54	MICHELLE DE MENEZES CARLOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termodecompromisso.pdf	03/11/2021 13:30:49	MICHELLE DE MENEZES CARLOS	Aceito
Outros	cartaencaminhamento.pdf	03/11/2021 13:25:38	MICHELLE DE MENEZES CARLOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66
Bairro: CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) **CEP:** 72.220-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-8434 **E-mail:** cep.fce@gmail.com

FACULDADE DE CEILÂNDIA
DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 5.222.040

BRASILIA, 03 de Fevereiro de 2022

Assinado por:
Danielle Kaiser de Souza
(Coordenador(a))

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66
Bairro: CEILANDIA SUL (CEILANDIA) **CEP:** 72.220-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-8434 **E-mail:** cep.fce@gmail.com

ANEXO IV: PRIMEIRA E SEGUNDA PÁGINAS DO ARTIGO FRUTO DA DISSERTAÇÃO SUBMETIDO PARA A REVISTA *INTERFACE – COMUNICAÇÃO, SAÚDE E EDUCAÇÃO*.

Interface - Comunicação, Saúde, Educação



PRÁTICAS DE ARTICULAÇÃO DE REDE NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: QUAIS DESAFIOS ENFRENTAM OS PROFISSIONAIS PARA MATRICIAR, SE REUNIR E ENCAMINHAR?

Journal:	<i>Interface - Comunicação, Saúde, Educação</i>
Manuscript ID	Draft
Manuscript Type:	Articles
Keyword:	Atenção Psicossocial, Articulação de rede, Atenção Básica, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

SCHOLARONE™
Manuscripts

<https://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>

PRÁTICAS DE ARTICULAÇÃO DE REDE NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: QUAIS DESAFIOS ENFRENTAM OS PROFISSIONAIS PARA MATRICIAR, SE REUNIR E ENCAMINHAR?

Resumo: Este estudo se propôs a explorar as práticas de articulação de rede desenvolvidas pelos profissionais atuantes em dois pontos da Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal: os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas e as Unidades Básicas de Saúde, abrangendo as sete regiões de saúde existentes, evidenciando as estratégias utilizadas, bem como as dificuldades e os desafios que atravessam sua implementação à luz do modelo de Atenção Psicossocial (AP). Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa e enfoque exploratório com 36 participantes entrevistados; utilizou-se a triangulação intramétodo e adotou-se a análise do conteúdo de Bardin. Identificou-se a falta de infraestrutura e de insumos para tecer as práticas de matriciamento, reuniões com a rede e encaminhamentos de forma satisfatória, conforme a perspectiva dos participantes, contudo, surgiram estratégias interventivas e de promoção de saúde para o fortalecimento da AP.

Palavras-chave: Atenção Psicossocial. Articulação de rede. Atenção Básica. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

NETWORK ARTICULATION PRACTICES IN PSYCHOSOCIAL CARE: WHAT CHALLENGES DO PROFESSIONALS FACE IN *MATRICIAR*, MEETING, AND REFERRING?

Abstract: This study aimed to explore the network articulation practices developed by professionals working in two points of the Psychosocial Care Network in the Federal District: The Psychosocial Care Centers for Alcohol and Other Drugs and the Basic Health Units, covering seven existing health regions, highlighting the strategies used, as well as the difficulties and challenges that cross its effective implementation in accordance of the Psychosocial Care model. This is research with a qualitative approach and an exploratory approach, using intramethod triangulation with 36 participants and adopting Bardin's content analysis. A lack of infrastructure and inputs was identified to build the *matriciamento* practices, meetings with the network, and referrals satisfactorily according to the perspective of the participants, however,