

Desafios para a integração dos cuidados clínicos ao cuidado em saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial de um município paulista

Challenges in integrating clinical and mental health care in the Psychosocial Care Network in a municipality in São Paulo (abstract: p. 19)

Desafíos para la interacción de los cuidados clínicos al cuidado de la salud mental en la Red de Atención Psicosocial de municipio del Estado de São Paulo (resumen: p. 19)

Thaiane Bruna da Cruz Diomedeece^(a)

<thaianediomedeece@usp.br> 

Ana Laura Salomé Lourencetti^(b)

<anasalom@usp.br> 

Carlos Alberto dos Santos Treichel^(c)

<treichel@usp.br> 

^(a) Graduanda do curso de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica, Escola de Enfermagem (EE), Universidade de São Paulo (USP). Avenida Doutor Enéas Carvalho de Aguiar, 419, Cerqueira César. São Paulo, SP, Brasil. 05403-000.

^(b) Pós-graduanda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (doutorado), Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica, EE, USP. São Paulo, SP, Brasil.

^(c) Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica, EE, USP. São Paulo, SP, Brasil.

Este estudo investiga os desafios para a integração dos cuidados clínicos às pessoas com transtornos mentais na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de um município paulista, considerando a alta prevalência de comorbidades físicas e as dificuldades de acesso a serviços da rede. Com abordagem qualitativa e uso de grupos focais com trabalhadores, adotou-se o Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) como ferramenta analítica para identificar barreiras à implementação de cuidados integrados. Os resultados destacaram três domínios: no cenário externo, identificaram-se dificuldades dos usuários, escassez de recursos e fragilidade de políticas. No cenário interno, relataram-se falhas na comunicação, limitações estruturais, estigma e práticas desalinhadas às necessidades dos usuários, além de questões relacionadas à liderança e ao clima institucional. Por fim, em características dos indivíduos, discutiu-se a falta de capacitação, atributos pessoais, baixa identificação com o serviço e estágio de mudança.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Saúde mental. Integralidade.

Introdução

Em consonância com a realidade global, o cuidado dispensado às pessoas com transtornos mentais no Brasil ainda enfrenta barreiras estruturais e organizacionais que comprometem sua integralidade e efetividade. Apesar dos avanços impulsionados pela Reforma Psiquiátrica e da consolidação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como componentes estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), persistem desafios no acesso aos demais níveis de atenção, bem como disparidades nos desfechos em saúde dessa população¹⁻³.

Esse cenário é ilustrado por evidências que apontam uma redução de dez a vinte anos na expectativa de vida dessas pessoas, chegando a até trinta anos em países de baixa e média renda. No Brasil, cerca de 17,5% da população convive com algum transtorno mental, responsável por aproximadamente 20% dos anos vividos com incapacidade. Embora eventos externos – como violência, acidentes e suicídio – representem cerca de 17% das mortes prematuras nesse grupo, a maior parte da morbimortalidade decorre de doenças crônicas. Além disso, pessoas com transtornos mentais graves apresentam até 60% mais risco de morte prematura, associada a efeitos adversos associados ao uso de psicofármacos, a hábitos de vida pouco saudáveis – como dieta inadequada, sedentarismo, tabagismo e uso de substâncias psicoativas – e a baixa adesão a cuidados preventivos de saúde física⁴⁻⁷.

Diante dessa realidade, torna-se evidente a necessidade de integrar cuidados físicos e mentais, fortalecendo o papel dos serviços comunitários e da Atenção Primária como estratégia para reduzir essas lacunas, sobretudo em países como o Brasil^{6,8,9}.

As causas dessas disparidades, entretanto, transcendem fatores individuais e incluem também a indisponibilidade de serviços, o estigma, a fragmentação do cuidado e a baixa qualidade da atenção prestada nos diferentes níveis do sistema de saúde. Um dos principais entraves é a frágil integração entre os pontos da rede. Embora os CAPS desempenhem um papel fundamental no acolhimento e no cuidado em saúde mental, sua articulação com outros serviços – como a Atenção Primária – é muitas vezes insuficiente. Além disso, os próprios dispositivos especializados enfrentam dificuldades para ofertar cuidados básicos de saúde física, o que resulta em barreiras ao acesso de ações essenciais e ao monitoramento da saúde física dos usuários¹⁰⁻¹².

A fragmentação decorre de fatores complexos, que vão desde questões operacionais – como fluxos inadequados de referência e contrarreferência; sistemas de informação desconectados; ausência de protocolos compartilhados; e carência de recursos humanos e materiais – até aspectos relacionados à formação e atuação dos profissionais. Frequentemente, os serviços atuam de maneira isolada, sem espaços regulares para discussão de casos ou planejamento conjunto de intervenções¹³⁻¹⁵.

Esse conjunto de desafios evidencia a relevância de estudos que investigam os obstáculos enfrentados nesse processo, contribuindo para aprimorar a articulação entre diferentes dimensões do cuidado em saúde. Nesse contexto, a Ciência da Implementação se apresenta como um campo essencial ao oferecer ferramentas conceituais e metodológicas para analisar como políticas, práticas e intervenções em saúde são incorporadas à rotina dos serviços. Seu foco é compreender os fatores que

favorecem ou dificultam a adoção de mudanças sustentáveis, especialmente quando exigem adaptação a contextos complexos, como o da saúde mental^{16,17}.

Entre os instrumentos desenvolvidos por essa ciência, destaca-se o Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR), que organiza de forma sistemática os múltiplos elementos que influenciam os processos de implementação de intervenções e práticas baseadas em evidências. O CFIR contempla desde características do contexto organizacional até atributos individuais dos profissionais e aspectos do próprio processo de implementação. Essa estrutura permite uma compreensão aprofundada das dinâmicas locais que impactam a efetividade de intervenções complexas, como a integração dos cuidados clínicos à saúde mental¹⁸.

Com base nesses referenciais, este estudo utiliza a Ciência da Implementação e o CFIR para investigar os principais desafios na integração dos cuidados clínicos a pessoas com transtornos mentais em um município paulista de médio porte, com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento de estratégias que promovam uma assistência mais coordenada e eficaz.

Objetivos

Identificar os desafios para a integração dos cuidados clínicos ao cuidado dispensado a pessoas com transtornos mentais no contexto da Rede de Atenção Psicossocial de um município paulista de médio porte.

Método

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa, realizado em Itatiba, SP, município com aproximadamente 122 mil habitantes. A rede local é composta por 19 serviços de Atenção Primária, com cerca de 95 profissionais, e dois serviços especializados em saúde mental – CAPS II e CAPS Álcool e outras Drogas (AD) –, que atendem aproximadamente 1.958 usuários com o suporte de 35 profissionais.

Os critérios de inclusão foram: ter 18 anos ou mais, ser servidor efetivo do município e estar no serviço há pelo menos três meses. Foram excluídos profissionais afastados por motivos de saúde, licença ou férias. A seleção dos participantes ocorreu em parceria com os coordenadores da Atenção Especializada, por meio de amostragem intencional, considerando-se tempo de experiência, diversidade de funções e disponibilidade para participar da pesquisa.

Dois grupos focais foram realizados, um no CAPS II e outro no CAPS AD, conduzidos por um enfermeiro doutor em Saúde Coletiva, com apoio de uma estudante de Enfermagem na função de relatora/observadora. Os grupos focais, fundamentados na interação grupal, tiveram como objetivo explorar percepções, crenças e experiências dos profissionais sobre um tema previamente definido¹⁹.

As reuniões ocorreram em salas reservadas, garantindo privacidade e silêncio. Os participantes sentaram-se em círculo, sem lugares predefinidos, o que facilitou

o contato visual e o debate. O moderador incentivou o compartilhamento de perspectivas individuais e a reflexão coletiva; e as sessões foram gravadas em áudio mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O estudo foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade (CAAE 70316723.0.0000.5392), após análise de sua proposta metodológica. Durante o processo de consentimento, foram esclarecidos os procedimentos da pesquisa, a dinâmica dos grupos, os compromissos de confidencialidade, os processos de anonimização e a divulgação dos dados por meio de codificação.

Foram informados, ainda, os potenciais desconfortos decorrentes da participação, como a possibilidade de reviver experiências ou o cansaço associado aos encontros. Garantiu-se, contudo, o direito de interromper a participação, sem prejuízos, além da oferta de suporte, caso necessário. Ressaltou-se também a relevância da contribuição coletiva para o avanço do conhecimento na área de saúde mental e para potenciais melhorias na rotina dos serviços.

A confidencialidade dos dados foi assegurada, sendo o material utilizado exclusivamente para fins acadêmicos, com garantia de livre acesso aos resultados pelos participantes, se desejado.

A análise dos dados foi realizada após a transcrição integral das gravações, utilizando a técnica de análise de conteúdo por categorias predeterminadas, a partir dos domínios e construtos do CFIR. Esse referencial foi adotado por oferecer uma estrutura conceitual capaz de orientar a avaliação sistemática de contextos de implementação, identificando fatores influenciam práticas ou políticas e sua efetividade.¹⁸ A estrutura completa encontra-se descrita na tabela 1.

Tabela 1. Domínios e constructos do CFIR

Domínios do CFIR	Constructos
Características da intervenção	Força e qualidade da evidência; custo; origem da intervenção; vantagem relativa; testabilidade; complexidade; qualidade do projeto e da apresentação; e adaptabilidade.
Características dos indivíduos	Conhecimento e crenças sobre a intervenção; identificação individual com a organização; outros atributos pessoais; estágio individual de mudança; e autoeficácia.
Contexto interno	Redes de relações e comunicação; características estruturais; cultura; clima de implementação (tensão por mudança, compatibilidade, prioridade relativa, incentivos e recompensas organizacionais, metas e retroalimentação, clima de aprendizagem); e prontidão para implementação (compromisso da liderança, recursos disponíveis, acesso à informação e conhecimento).
Contexto externo	Necessidades dos pacientes e recursos; políticas de incentivos externos; pressão de pares; e cosmopolitismo.
Processo	Planificação; engajamento (líderes de opinião, líderes formalmente designados internamente para a implementação, apoiadores e agentes externos de mudança); reflexão e avaliação; e execução.

Fonte: <https://cfirguide.org/constructs-portuguese/>

A codificação e categorização dos dados qualitativos, compostos por fragmentos de falas dos profissionais nos grupos focais, foram realizadas manualmente. Os dados foram organizados nos programas Microsoft Word e Excel, validados minuciosamente por triangulação analítica e revisados por pesquisadores especialistas, assegurando rigor metodológico e legitimidade dos resultados. Não foi adotado critério de saturação dos dados, pois o estudo concentrou-se no detalhamento das percepções acerca do referencial teórico.

Resultados e discussão

O grupo focal realizado no CAPS II contou com oito profissionais: dois enfermeiros, dois técnicos de enfermagem, um terapeuta ocupacional e três psicólogos. No CAPS AD, também participaram oito profissionais: dois auxiliares administrativos, um assistente social, um enfermeiro, um farmacêutico, dois técnicos de enfermagem e um psicólogo. A maioria era do sexo feminino, com idades entre trinta e setenta anos. O tempo de formação variou de menos de um ano a 45 anos e o tempo de atuação no serviço, de menos de um ano a quinze anos.

A análise das transcrições dos grupos focais, orientada pela categorização proposta pelo CFIR, evidenciou constructos distribuídos nos seguintes domínios: contexto externo (necessidades de pacientes e recursos; e políticas e incentivos externos), contexto interno (redes de relações e comunicação; cultura; compatibilidade; tensão para mudanças; características estruturais; recursos disponíveis; compromisso da liderança; metas e retroalimentação; acesso à informação e ao conhecimento; e clima de aprendizagem) e características dos indivíduos (conhecimentos e crenças sobre a

intervenção; outros atributos pessoais; identificação individual com a organização; e estágio individual de mudança).

Para garantir o anonimato dos participantes, os fragmentos que aparecem no decorrer do texto foram identificados por códigos alfanuméricos, compostos pela modalidade do serviço (ex.: CAPS II) seguida da letra “P” correspondente ao participante e de seu número sequencial (ex.: P4).

Contexto externo

Os encontros realizados em ambos os serviços revelaram aspectos do contexto externo, que compreende o ambiente econômico, político e social em que a organização está inserida. A distinção entre ambiente interno e externo, contudo, nem sempre é clara, sendo a interface dinâmica e, por vezes, precária¹⁸.

No CAPS II, apenas um dos 14 constructos foi classificado como pertencente ao contexto externo, enquanto no CAPS AD esse número foi de dois em 14. Em ambos os serviços, destacou-se o constructo necessidades dos pacientes e recursos, considerado um dos mais evidentes.

Necessidades dos pacientes e recursos

Em relação ao constructo de necessidades dos pacientes e recursos, os depoimentos indicaram desafios relacionados à complexidade das demandas dos usuários, como o quadro psíquico, dependência de familiares, dificuldades de autocuidado e situações em que os profissionais assumem papel de tutela.

Se não tiver família então, tá ferrado. Porque é isso, assim, às vezes quando você tem um familiar, o familiar corre atrás, né, leva e tal. Mas assim, a gente quando tem um paciente que é mais comprometido, se a gente não vê, passa. E aí fica... aí, de novo, a gente é que tutela. (CAPS II – P4)

Eu acho que também entra muito do usuário ter a noção do cuidado dele. Então, assim, quando ele tem essa percepção de que ele está no processo de adoecimento, ele pode acessar, beleza, mas tem usuário que não tem isso, né? (CAPS II – P4)

No nosso caso também, né? Tem essa questão das regras. Tem pacientes que não conseguem lidar com regras, tem pacientes que têm essa baixa, vamos dizer, uma paciência bem... uma tolerância bem baixa, né? (CAPS II – P1)

A literatura reforça que a percepção inadequada do próprio estado de saúde e a dificuldade em expressar necessidades podem comprometer a adesão ao tratamento e agravar a condição do usuário^{20,21}. Tais dificuldades se intensificam quando não há

apoio familiar, favorecendo processos de marginalização. A ausência de uma rede de suporte agrava a sensação de abandono e restringe o acesso a serviços essenciais²².

A marginalização desses indivíduos é frequente pela incapacidade dos serviços de saúde mental de adaptar suas abordagens para atender às necessidades daqueles que não possuem suporte familiar. Assim, torna-se crucial o desenvolvimento e a implementação de estratégias para identificar precocemente esses casos e intervir de forma eficaz. Medidas como incentivo ao autocuidado; fortalecimento da comunicação entre profissionais e usuários; e integração com redes de apoio social são essenciais para promover um cuidado integral²³.

Nos fragmentos do CAPS AD, os relatos ressaltaram a vulnerabilidade social dos usuários e a necessidade de articulação com serviços sociais.

Então acaba se... eles mesmos acabam se afastando do serviço, aí você falou que eles vêm e às vezes ele até quer, porque a gente vê muito a situação: “Ah, eu quero procurar um emprego. Não posso?”, “Pode”, mas ele veio aqui: “Ah, você pode me ajudar? Você pode...” (CAPS AD – PNI5)

Ah, eu não vou dar café para o paciente que vem. Eu não vou dar... não vou oferecer café, né? Parece ruim não oferecer café pra ele, porque a gente é ser humano e eles são seres humanos, né, vamos oferecer. “Ah, mas a gente não pode oferecer porque teoricamente teria um outro serviço que teria que dar esse café ou esse almoço para ele”. Só que a gente faz, entende? (CAPS AD – PNI5)

É relevante salientar que indivíduos com transtornos mentais frequentemente enfrentam vulnerabilidades de ordem social, como dificuldades relacionadas à moradia e ao emprego, as quais exercem impacto direto sobre o autocuidado. Entretanto, diversos serviços de saúde mental ainda apresentam limitações na integração efetiva da assistência social no contexto da rede intersetorial²². A insuficiente articulação entre os serviços de saúde mental e os serviços sociais restringe o acesso dos usuários a recursos essenciais como suporte habitacional e inserção laboral, comprometendo, consequentemente, o prognóstico de saúde desses indivíduos²³.

Contexto interno

Nos dois grupos focais, nove dos 14 constructos identificados estavam relacionados ao contexto interno, o que o torna o domínio mais destacado. O ambiente interno pode ser composto de entidades forte ou fracamente acopladas; manifestações tangíveis e intangíveis de características estruturais; redes e comunicações; cultura; clima; e prontidão, todas inter-relacionadas e influenciando a implementação¹⁸.

No CAPS II, apareceram os seguintes constructos: cultura; redes de relações e comunicação; compatibilidade; tensão para mudanças; compromisso da liderança; e recursos disponíveis; sendo cultura e redes de relações e comunicação os mais evidentes.

No CAPS AD, também se destacaram esses dois constructos, além de aparecerem recursos disponíveis, tensão para mudanças, compatibilidade, compromisso da liderança e clima de aprendizagem.

Cultura

A cultura institucional é frequentemente vista como relativamente estável, socialmente construída e subconsciente²⁴, sendo muito recorrente nas falas dos participantes em ambos os encontros e revelando desafios relacionados ao estigma e à negligência de cuidados.

É difícil, existe muita segregação mesmo, como o P4 falou, as pessoas realmente diferem: “Ah, esse é paciente da saúde mental”. Até o dentista quer uma carta de recomendação para saber se ele pode atender o paciente porque ele é do CAPS. Já peguei situações dessa. “Como assim? É um paciente, ele precisa cuidar do dente”. “Não, mas eu preciso saber”. (CAPS II – P9)

Eu vou dar um exemplo bem ridículo – real, porém ridículo. Um paciente nosso aqui do intensivo estava com dor de dente. Ele quebrou um dente, e um outro dente tava com um canal inflamado, ele tava com edema facial, muita dor, e aí eu liguei no postinho que ele pertence e eu falei: “Olha, eu tô com um paciente assim, assim... gostaria que passasse ele no dentista, é uma situação no momento de urgência, então precisa agendar.”, “Ah, pois não”, “Tá tudo certo, então? Posso mandar?”, “Pode mandar”. Isso foi um dia da semana normal, aí depois de dois dias ele voltou e aí perguntei: “E aí, o que foi que foi feito?”, “Ah, não foi feito nada porque a dentista quer que você faça uma carta, falando sobre o meu tratamento aqui no CAPS”. (CAPS AD – P2)

O estigma associado aos transtornos mentais tem sido amplamente documentado na literatura como um fator que dificulta o acesso desses indivíduos aos serviços de saúde. Tal estigma, além de desencorajar a busca por cuidados, influencia negativamente a conduta dos profissionais, resultando, por vezes, em atendimentos desatentos ou mesmo ausentes²⁵. Além disso, o receio da discriminação leva muitos indivíduos a evitarem o contato com os serviços de saúde, o que agrava suas condições físicas e mentais e perpetua um ciclo de exclusão e negligência²⁵.

Redes de relações e comunicação

Esse constructo refere-se à natureza e a qualidade das redes sociais e das comunicações formais e informais dentro de uma organização. As conexões entre indivíduos, unidades, serviços e hierarquias podem ser fortes ou fracas, formais ou informais, tangíveis ou intangíveis¹⁸.

Nas falas, emergiram dificuldades relacionadas à baixa integração da RAPS, à insuficiência de comunicação entre equipes e instituições e aos prejuízos que tais falhas acarretam para os usuários.

Mas me incomoda muito a forma como nossos usuários são tratados, são recebidos, são vistos, e isso eu falo desde a atenção básica, que daí é o atendimento lá, que não é lá, que tem que ser aqui no CAPS. Se vai para um atendimento de urgência e emergência, não é lá, tem que ser no CAPS e eu vejo que assim, é departamentalizado, né? (CAPS AD - PNI3)

O caso do paciente não é revisto, ele só é identificado com essa medicalização sem controle que existe, e assim, é uma coisa que dificulta bem, porque daí é até aquela coisa, né, a gente vai falar assim, às vezes a gente se dispõe a discutir caso, mas assim, ninguém sabe o que o paciente tem, fala assim “Ai, eu sei que ele vem aqui de tanto em tanto tempo pra pegar receita”. (CAPS II - P4)

Não, esses caras aí tá vindo encher o saco de novo” Por isso que eu falo assim, tipo, matriciamento. Matriciamento eu falo assim, é uma obrigação nossa, porque se for por eles, nossa, vão mandar a gente pro inferno. (CAPS II - P4)

Muito rasamente, do pouco tempo que eu estou aqui, não há integralidade. É... A integralidade há quando as equipes... Como eu posso dizer? Por exemplo, quando eu tenho uma proximidade maior com a pessoa da equipe, mas não como um todo ou com demais equipes. (CAPS II - P7)

Serviços de saúde mental são frequentemente percebidos como único serviço acolhedor para pessoas com transtornos mentais, o que, apesar de sua eficácia, contribui para a fragmentação do cuidado²⁶. Essa centralização resulta em falta de assistência aos cuidados clínicos necessários, como o acompanhamento de doenças crônicas, exames de rotina, e cuidados preventivos²⁷. Como consequência, há um risco significativo de piora da saúde física dessas pessoas, agravando quadros de comorbidades e aumentando a vulnerabilidade frente a outras doenças, reforçando assim a necessidade de uma abordagem integrada e coordenada.

Clima de implementação

O clima de implementação corresponde à receptividade das equipes em relação às mudanças e à expectativa de que determinada prática será apoiada, recompensada e sustentada institucionalmente. Seis subconstrutos contribuem para um clima de implementação positivo: tensão para mudanças; compatibilidade; prioridade relativa; incentivos e recompensas organizacionais; metas e retroalimentação e clima de aprendizagem¹⁸.

No CAPS II, foram evidenciados três subconstructos relacionados ao clima de implementação: tensão para mudanças; compatibilidade e metas e retroalimentação, enquanto no CAPS AD foram: tensão para mudanças e compatibilidade.

Tensão para mudanças

O constructo de tensão para mudanças mostrou-se evidente em ambos os grupos focais, estando associado à identificação, por parte dos trabalhadores, das dificuldades existentes e ao reconhecimento da necessidade de intervenções voltadas à melhoria da oferta de cuidados integrados.

É como é, né? É como se trouxessem uma responsabilidade pra gente que a gente não tem tanto, não tem repertório pra cuidar, né? Assim, é uma questão que a gente precisa de ajuda, né? Eu não sou sozinha aqui. (CAPS II - P5)

Eu falo assim, a gente não tem que se acostumar com paciente que morre, com paciente que tem membro amputado e tal, só porque isso acontece. E é muito, às vezes, eu acho que é isso que eu falo da sensibilização. (CAPS II - P4)

E aí nessa questão toda eu vejo que a cidade como um todo precisa parar um pouco de pensar: “O que é que nós vamos fazer de melhor pro paciente? O que é essa integralidade? O que é a rede?”. Porque todo mundo sabe dar uma pincelada, mas ninguém sabe profundamente a engrenagem disso tudo e sofre muito o nosso paciente. (CAPS AD - P2)

A tensão por mudança, ao indicar uma insatisfação com o status quo e uma vontade de transformar práticas estabelecidas, serve como um importante motor para a inovação e a transformação dos serviços²⁸. Estudos prévios demonstram que a percepção da necessidade de mudança entre os profissionais está diretamente relacionada à adoção de novas estratégias e ao aprimoramento dos cuidados prestados²⁹. Portanto, revela uma oportunidade importante para introdução de práticas mais integradas, favorecendo o fortalecimento do cuidado à saúde física dos usuários.

Compatibilidade

A compatibilidade está relacionada ao grau de alinhamento percebido entre o significado atribuído pelos indivíduos à intervenção e aquele comunicado pela alta gestão. Quanto maior essa correspondência de sentidos, maior a probabilidade de que o processo de implementação seja bem-sucedido¹⁸.

Então muitas vezes a gente sabe da deficiência e quando falo deficiência é até de recursos. Deficiência de recursos do próprio paciente, seja cognitivo, seja

financeiro, seja de estrutura mesmo, pra chegar até o serviço, a gente move ele de N formas, move os profissionais, pode ser fora do horário de visita, sem o carro da prefeitura, sem os equipamentos devidos. (CAPS II – P7)

Então sempre tá um tentando abraçar o paciente como um ser. A gente sabe, “Ah, esse aí quem vem buscar...” Exemplo de hoje: “Quem vem buscar é o marido, o marido precisa vir buscar medicação que a gente precisa conversar com ele, não sei o que...” Então a gente força a barra no sentido de trazer a família. (CAPS II – P7)

E assim, na rotina, muitas vezes a gente tenta, né... identifica alguma questão clínica, isso na rotina mesmo. Eu sempre passo, né, pro próprio técnico, pra enfermagem, né, pra tentar: “Olha, vamo tentar entrar em contato com o postinho, marcar consulta” pra gente tentar retomar esse paciente também na rede, né. (CAPS AD - PNI8)

Apesar dos desafios, como a fragmentação dos serviços e a centralização do atendimento no CAPS, os trabalhadores percebem a integração entre saúde mental e cuidados clínicos como alinhada aos valores e às necessidades dos serviços. Tal percepção constitui um ponto de partida crucial para o desenvolvimento de estratégias que promovam uma abordagem mais integrada na rede.

Prontidão para implementação

A prontidão para implementação constitui-se de indicadores tangíveis e imediatos de comprometimento organizacional com a implementação de mudanças, expresso em três subconstructos: compromisso da liderança; recursos disponíveis e acesso à informação e ao conhecimento¹⁸. Em ambos os grupos focais, sobressaíram dois subconstructos: compromisso da liderança e recursos disponíveis.

Compromisso da liderança

O constructo de compromisso da liderança associa-se à ausência de supervisão e gestão efetivas, bem como à falta de parâmetros que orientem a execução do trabalho integrado.

Eu vou dizer a gente porque todo mundo aqui é como se não tivesse patrão e como se fosse uma coisa meio que cada um faz o que quer. (CAPS II - P9)

Então vejo que existem muitos problemas de ordem de gestão, em que o funcionário tem muita dificuldade em seguir um determinado rumo, um líder, um plano de trabalho, por isso que fica essa coisa desse jeito... (CAPS II - P9)

É, não tem, não tem parâmetro. É o que eu tô falando, mas é porque o “Não tem padrão” que eu quero dizer é isso, porque não tem uma liderança, não tem uma estrutura de gestão mesmo, de trabalho. E aí, se você vai em cada postinho, cada um tem um jeito de trabalhar, cada um segue a sua própria cabeça, apesar de existir lá alguma rotina. (CAPS II - P9)

A ausência de supervisão institucional e de parametrização adequada nas instituições dificultam o estabelecimento de práticas que promovam a integração do cuidado. A literatura aponta que a ausência de uma estrutura de supervisão robusta pode levar à inconsistência na aplicação de práticas e à falta de alinhamento com os princípios de cuidado integral³⁰. Portanto, é fundamental que se desenvolvam e implementem modelos de supervisão e parametrização que incentivem a prática reflexiva e a integração dos cuidados, facilitando uma abordagem mais abrangente no cuidado e aumentando a satisfação profissional.

Recursos Disponíveis

O constructo de recursos disponíveis relaciona-se às percepções dos profissionais acerca da escassez de recursos humanos e estruturais, bem como à sobrecarga das equipes.

Acho que algumas unidades que a gente percebe assim que tem uma dificuldade no acesso, aquela equipe reduzida e... vamos dizer, todo mundo que sai do padrão, que tem necessidades mais... vão exigir de uma estratégia um pouco mais elaborada, acaba ficando com o segundo plano e acaba muitas vezes desassistido. (CAPS II - P4)

Tanto que para acontecer de algum paciente ser atendido, paciente em crise, tem usado nossos próprios carros para ir atender o paciente, porque a gente não tem um carro aqui na unidade. (CAPS II - P7)

A escassez de recursos financeiros, humanos e materiais pode limitar a capacidade das instituições de implementar práticas abrangentes e integradas. Estudos indicam que a insuficiência de recursos frequentemente leva à sobrecarga dos profissionais e à fragmentação dos cuidados³¹. Além disso, a carência de recursos também dificulta a formação contínua das equipes e a implementação de estratégias de cuidado, comprometendo a qualidade e a continuidade do atendimento³². Nesse contexto, a promoção da saúde clínica tende a ser negligenciada, e a abordagem dos cuidados restringe-se, muitas vezes, a intervenções reativas em vez de preventivas.

Características dos Indivíduos

Ambos os grupos focais revelaram o domínio de características dos indivíduos. Os indivíduos têm agência; eles fazem escolhas e podem exercer poder e influência sobre os outros com consequências previsíveis ou imprevisíveis para a implementação. Os indivíduos são portadores de mentalidades, normas, interesses e afiliações culturais, organizacionais, profissionais e individuais¹⁸.

Esse domínio manifesta-se nos fragmentos por meio do constructo de conhecimento e crenças sobre a intervenção, evidenciando, nos depoimentos, lacunas de preparo e de capacitação dos profissionais para lidar com a integração do cuidado.

E entendo também que nenhum profissional é capaz de cuidar de um sujeito sozinho ou de tratar de um sujeito sozinho, de uma forma integral, né. Eu acredito que as equipes, então, aos diferentes olhares também né, então têm integral do sujeito e integral do cuidado, né, assim, de também olhar pra multidisciplinaridade, pra interdisciplinaridade para conseguir dar conta dessas questões da integralidade do sujeito, né. (CAPS II - P5)

Então, a gente tava conversando na terça-feira a respeito dessa questão da integralidade e eu continuo mantendo meu ponto de vista que falta muita orientação, muita educação, muito conhecimento a respeito da saúde mental como um todo. Eu não digo só na rede de saúde, eu digo um todo mesmo. (CAPS AD - P2)

O que eu percebo, da minha experiência de outros municípios, é que existe uma falta de preparo e conhecimento dos profissionais, da rede de Itatiba de maneira geral, em conhecer para que, como e por onde se dá o cuidado integral, tanto na saúde mental quanto em qualquer outra área. (CAPS AD - PNI4)

A falta de capacitação adequada nos serviços de saúde mental em relação ao cuidado integral representa um desafio crítico para o estabelecimento de um processo de trabalho que considere tanto a saúde mental quanto a saúde clínica. Estudos demonstram que a ausência de formação específica e contínua sobre práticas integradas pode resultar em uma abordagem fragmentada do atendimento, onde os profissionais não estão plenamente equipados para lidar com a complexidade das necessidades dos pacientes de forma abrangente³³.

A falta de capacitação limita a habilidade dos profissionais, muitas vezes levando a um foco desproporcional em aspectos da saúde mental sem a consideração adequada das comorbidades físicas²⁷. Além disso, a deficiência de treinamento em modelos de cuidado integral pode comprometer a colaboração entre diferentes especialidades e serviços, resultando em lacunas na continuidade do cuidado e na promoção da saúde clínica³⁴. Assim, é fundamental que haja um investimento substancial na capacitação

dos profissionais de saúde mental para garantir a implementação de práticas que contemplem de forma abrangente tanto a saúde mental quanto a clínica.

Considerações finais

Os resultados demonstram que a integração entre cuidados clínicos e saúde mental enfrenta desafios complexos, que extrapolam barreiras individuais ou setoriais. O uso do CFIR permitiu a compreensão integrada dos múltiplos fatores que influenciam a sua implementação, articulando elementos do contexto externo —

como a fragilidade das políticas intersetoriais e a escassez de recursos — com aspectos do contexto interno, como falhas na comunicação, estigmas institucionais e ausência de supervisão estruturada. Tais dimensões impactam diretamente o cotidiano dos serviços, dificultando a consolidação de práticas integradas. Além disso, características individuais dos profissionais, como lacunas no conhecimento técnico e diferentes estágios de mudança, também condicionam a condução do cuidado, reforçando a necessidade de estratégias que considerem a interdependência entre sujeitos, contextos e níveis de atenção.

Dessa forma, o estudo evidencia os paradoxos que atravessam a integração entre cuidados clínicos e saúde mental, destacando o impacto concreto das dinâmicas cotidianas dos serviços. A partir disso, propõe-se refletir sobre como essas políticas e práticas voltadas são incorporadas no contexto real do trabalho. Defende-se, portanto, a formulação de estratégias que considerem a complexidade dos processos institucionais, respeitem as especificidades de cada território e promovam a construção compartilhada de modelos de cuidado mais responsivos às necessidades locais.

Disponibilidade de dados

Os conteúdos subjacentes ao texto da pesquisa estão contidos no manuscrito.

Contribuição dos autores

Diomedeece TBC, contribuiu na discussão dos resultados e redação do manuscrito; Lourencetti ALS, contribuiu na discussão dos resultados e revisão crítica do conteúdo; Treichel CAS, contribuiu para a concepção e delineamento do trabalho e revisão crítica do conteúdo. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito.

Financiamento

Esta pesquisa contou com bolsa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Agradecimentos

Aos profissionais e gestores da Rede de Atenção Psicossocial do município, pelo acolhimento, disponibilidade e colaboração, que tornaram possível a realização desta pesquisa.

Conflito de interesse

Os autores não têm conflito de interesse a declarar.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Editora

Erotildes Maria Leal

Editora associada

Mariana Hasse

Submetido em

22/11/24

Aprovado em

07/01/26

Referências

1. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry*. 2016; 3(2):171-8. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00505-2.
2. Pizzol D, Trott M, Butler L, Barnett Y, Ford T, Neufeld SA, et al. Relationship between severe mental illness and physical multimorbidity: a meta-analysis and call for action. *BMJ Ment Health*. 2023; 26(1):e300870. doi: 10.1136/bmjment-2023-300870.
3. Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silva RA, Gonçalves H, et al. Efetividade dos centros de atenção psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil: uma análise estratificada. *Cad Saude Publica*. 2010; 26(4):807-15. doi: 10.1590/S0102-311X2010000400022.
4. Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) results [Internet]. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2017 [citado 1 Jul 2025]. Disponível em: <https://vizhub.healthdata.org>
5. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: WHO; 2017.
6. World Health Organization. Helping people with severe mental disorders live longer and healthier lives: policy brief. Geneva: WHO; 2017.
7. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet Psychiatry*. 2019; 6(9):675-712. doi: 10.1016/S2215-0366(19)30132-4.
8. Keynejad RC, Dua T, Barbui C, Thornicroft G. WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) intervention guide: a systematic review of evidence from low- and middle-income countries. *Evid Based Ment Health*. 2018; 21(1):30-4. doi: 10.1136/eb-2017-102750.
9. Thornicroft G, Ahuja S, Barber S, Chisholm D, Collins PY, Docrat S, et al. Integrated care for people with long-term mental and physical health conditions in low- and middle-income countries. *Lancet Psychiatry*. 2019; 6(2):174-86. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30298-0.
10. Cunningham R, Imlach F, Every-Palmer S, Haitana T, Peterson D. Dealing with discrimination in physical health care services: strategies of people with mental health and substance use conditions. *J Patient Exp*. 2023; 10:1-8. doi: 10.1177/23743735231211778.
11. Cunningham R, Imlach F, Haitana T, Every-Palmer S, Lacey C, Lockett H, et al. It's not in my head: a qualitative analysis of experiences of discrimination in people with mental health and substance use conditions seeking physical healthcare. *Front Psychiatry*. 2023; 14:1285431. doi: 10.3389/fpsy.2023.1285431.
12. Sampaio ML, Bispo JP Jr. Rede de atenção psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. *Cad Saude Publica*. 2021; 37(3):e00042620. doi: 10.1590/0102-311X00042620.
13. Treichel CAS, Campos RTO, Campos GWS. Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2019; 23:e180665. doi: 10.1590/interface.180665.
14. Tesser CD. Duas críticas às normativas dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Trab Educ Saude*. 2022; 20:e00118168. doi: 10.1590/1981-7746-ojs00118.
15. Carlos MM, Gallassi AD. Práticas de articulação de rede na atenção psicossocial: quais desafios enfrentam os profissionais para matricular, reunir-se e encaminhar? *Interface (Botucatu)*. 2024; 28:e230651. doi: 10.1590/interface.230651.

16. Peters DH, Adam T, Alonge O, Agyepong IA, Tran N. Implementation research: what it is and how to do it. *Br J Sports Med.* 2014; 48(8):731-6. doi: 10.1136/bmj.f6753.
17. Damschroder LJ. Clarity out of chaos: use of theory in implementation research. *Psychiatry Res.* 2020; 283:112461. doi: 10.1016/j.psychres.2019.06.036.
18. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci.* 2009; 4:50. doi: 10.1186/1748-5908-4-50.
19. Kitzinger J. Qualitative research: introducing focus groups. *BMJ.* 1995; 311(7000):299-302. doi: 10.1136/bmj.311.7000.299.
20. Ferreira APC, Campos EMP. A equipe de saúde diante do paciente não aderente ao tratamento. *Psicol Cienc Prof.* 2023; 43:e244855. doi: 10.1590/1982-3703003244855.
21. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Cienc Saude Colet.* 1999; 4(2):393-403. doi: 10.1590/S1413-81231999000200013.
22. Juliano MCC, Yunes MAM. Reflexões sobre rede de apoio social como mecanismo de proteção e promoção de resiliência. *Ambient Soc.* 2014; 17(3):135-54. doi: 10.1590/S1414-753X2014000300009.
23. Scheffer G, Silva LG. Saúde mental, intersetorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos. *Serv Soc Soc.* 2014; (118):366-93. doi: 10.1590/S0101-66282014000200008.
24. Martin J. *Organizational culture: mapping the terrain.* Thousand Oaks: Sage Publications; 2002.
25. Pereira AA, Silva ER, Gilberd L, Costa AN. Estigma dirigido a pessoas com transtornos mentais: uma proposta para a formação médica do século XXI. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam.* 2022; 25(2):383-406. doi: 10.1590/1415-4714.2022v25n2p383.7.
26. Quinderé PHD, Jorge MSB, Nogueira MSL, Costa LFA, Vasconcelos MGF. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. *Cienc Saude Colet.* 2013; 18(7):2157-66. doi: 10.1590/S1413-81232013000700031.
27. Kantorski LP, Jardim VR, Andrade FP, Silva RC, Gomes V. Analysis of the general health condition of the users of CAPS I and II in the south region of Brazil. *Rev Enferm UFPE.* 2011; 5(Spec No):1024-31. doi: 10.5205/reuol.1302-9310-1-LE.0504201123.
28. Martinez C, Bacigalupe G, Cortada JM, Grandes G, Sanchez A, Pombo H, et al. The implementation of health promotion in primary and community care: a qualitative analysis of the "Prescribe Vida Saludable" strategy. *BMC Fam Pract.* 2017; 18(1):23. doi: 10.1186/s12875-017-0584-6.
29. Rogers HL, Hernando SP, Núñez-Fernández S, Sanchez A, Martos C, Moreno M, et al. Barriers and facilitators in the implementation of an evidence-based health promotion intervention in a primary care setting: a qualitative study. *J Health Organ Manag.* 2021; 35(3):349-67. doi: 10.1108/JHOM-12-2020-0512.
30. Severo AKS, L'Abbate S, Campos RTO. A supervisão clínico-institucional como dispositivo de mudanças na gestão do trabalho em saúde mental. *Interface (Botucatu).* 2014; 18(50):545-56. doi: 10.1590/1807-57622013.0520.



31. Oliveira JF, Santos AM, Primo LS, Silva MRS, Domingues ES, Moreira FP, et al. Satisfação profissional e sobrecarga de trabalho de enfermeiros da área de saúde mental. *Cienc Saude Colet*. 2019; 24(7):2593-9. doi: 10.1590/1413-81232018247.20252017.
32. Guimarães DA, Oliveira VCP, Coelho VAA, Gama CAP. Dificuldades no trabalho em saúde mental: percepção de trabalhadores do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na Macrorregião Oeste de Minas Gerais. *Physis*. 2023; 33:e33052. doi: 10.1590/S0103-7331202333052.
33. Cardoso LCB, Arruda GO, Giacon-Arruda BCC, Paiano M, Pinho LB, Marcon SS. Work process and mental health care flow in primary health care. *Texto Contexto Enferm*. 2020; 29:e20190191. doi: 10.1590/1980-265X-TCE-2019-0191.
34. Treichel CAS, Campos RTO. Avaliação da atuação da rede comunitária de saúde mental em um município paulista de médio porte. *Saude Debate*. 2022; 46(132):121-34. doi: 10.1590/0103-1104202213208.

This study investigated the challenges in integrating clinical and mental care for people with mental disorders in the Psychosocial Care Network (RAPS) in a municipality in São Paulo, given the high prevalence of physical comorbidities and difficulties in accessing services. Using a qualitative design involving worker focus groups, we adopted the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) as an analytical framework to identify barriers to the implementation of integrated care. The results highlighted the following aspects in three domains: Outer setting domain – patient difficulties, scarcity of resources and fragility of policies; Inner setting domain - communication failures, structural limitations, stigma, practices misaligned with patient needs and issues related to leadership and institutional climate; Individuals domain - lack of training, personal attributes, low level of identification with the service and stage of change.

Keywords: Primary Health Care. Mental health. Comprehensiveness.

Este estudio investiga los desafíos para la integración de los cuidados clínicos para las personas con trastornos mentales en la Red de Atención Psicosocial (RAPS) de un municipio del Estado de São Paulo, considerando la alta prevalencia de comorbilidades físicas y las dificultades de acceso a los servicios de la red. Con un abordaje cualitativo y el uso de grupos focales con trabajadores, se adoptó el *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR) como herramienta analítica para identificar barreras a la implementación de cuidados integrados. Los resultados destacaron tres dominios: en el escenario externo se identificaron dificultades de los usuarios, escasez de recursos y fragilidad de políticas. En el escenario interno, se relataron fallos en la comunicación, limitaciones estructurales, estigma y prácticas desalineadas a las necesidades de los usuarios, además de cuestiones relacionadas con el liderazgo y el clima institucional. Finalmente, en características de los individuos, se discutió la falta de capacitación, atributos personales, baja identificación con el servicio y fase de cambio.

Palabras clave: Atención Primaria de la Salud. Salud mental. Integralidad.