



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

LUISA GUEDES DI MAURO

**CARACTERÍSTICAS DOS ENCAMINHAMENTOS AO CAPS
E FATORES ASSOCIADOS À INSERÇÃO E AO
ABANDONO DO ACOMPANHAMENTO**

Londrina
2026

LUISA GUEDES DI MAURO

**CARACTERÍSTICAS DOS ENCAMINHAMENTOS AO CAPS
E FATORES ASSOCIADOS À INSERÇÃO E AO
ABANDONO DO ACOMPANHAMENTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina – UEL, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Alberto Durán Gonzalez

Coorientador: Prof. Dr. Carlos Guilherme Meister Arenhart

Londrina
2026

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

D536 Di Mauro, Luisa Guedes.
Características dos encaminhamentos ao CAPS e fatores associados à inserção e ao abandono do acompanhamento / Luisa Guedes Di Mauro. - Londrina, 2026.
114 f. : il.

Orientador: Alberto Durán Gonzalez.
Coorientador: Carlos Guilherme Meister Arenhart.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2026.
Inclui bibliografia.

1. Saúde Mental - Tese. 2. Centro de Atenção Psicossocial - Tese. 3. Encaminhamentos - Tese. 4. Abandono do acompanhamento - Tese. I. Gonzalez, Alberto Durán. II. Arenhart, Carlos Guilherme Meister. III. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. IV. Título.

CDU 614

LUISA GUEDES DI MAURO

**CARACTERÍSTICAS DOS ENCAMINHAMENTOS AO CAPS
E FATORES ASSOCIADOS À INSERÇÃO E AO
ABANDONO DO ACOMPANHAMENTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina – UEL, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Alberto Durán Gonzalez
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Orientador: Prof. Dr. Edmarlon Giroto
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Orientador: Prof. Dr. Roberth Miniguine Tavanti
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
– PUC PR

Londrina, 27 de fevereiro de 2026

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a mim mesma por ter tentado e insistido naquilo que me propus a fazer. Valeu a pena enfrentar os dias de cansaço, os sentimentos de angústia e as incertezas que fizeram parte desse percurso.

Agradeço ao meu parceiro de vida e maior incentivador, meu marido Marcos. A ele dirijo um agradecimento especial, por ter acompanhado absolutamente todo o processo, do início ao fim. Foi quem me acolheu nos momentos difíceis e quem, de tantas formas, viabilizou o caminho para que tudo isso fosse possível.

Agradeço ao meu filho Raul e às minhas enteadas, Julia e Sofia, por fazerem parte dessa trajetória e por compreenderem, com carinho e paciência, os momentos de ausência que esse processo exigiu.

Ao Prof. Dr. Alberto Durán Gonzalez, pela orientação afetuosa e respeitosa ao longo de todo o caminho. Agradeço também aos professores que compuseram a banca examinadora, pelos apontamentos sensíveis e qualificados, sempre com o objetivo de contribuir de forma construtiva. Estendo meu agradecimento a todos os professores da Saúde Coletiva, que foram fundamentais na minha formação como pesquisadora.

Aos meus pais, que me deram acesso a oportunidades e contribuíram para a pessoa que sou hoje. E ao meu irmão, que foi parte essencial na minha construção como pessoa humana e crítica.

Aos amigos que estiveram comigo ao longo desse processo, compartilhando as alegrias e os desafios.

À Maria Luiza Duarte de Matos, que aceitou participar do processo de coleta de dados e tornou esta pesquisa possível em tempo hábil, minha sincera gratidão.

Aos meus colegas de trabalho, que contribuem diariamente para o meu desenvolvimento profissional e que, com tanta disponibilidade, estiveram presentes para apoiar quando foi necessário.

Por fim, agradeço aos usuários dos CAPS, que me ensinam e reafirmam, na prática, o sentido do cuidado, da escuta e do compromisso com a saúde mental.

DI MAURO, Luisa Guedes. **Características dos encaminhamentos ao caps e fatores associados à inserção e ao abandono do acompanhamento.** 2026. 114 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2026.

RESUMO

Introdução: A Reforma Psiquiátrica redefiniu o cuidado em saúde mental no Brasil ao substituir o modelo hospitalocêntrico pelo Paradigma Psicossocial e ao organizar a Rede de Atenção Psicossocial de forma territorial e integrada. Apesar dos avanços, persistem fragilidades nos encaminhamentos, na articulação entre serviços e na continuidade do cuidado. Assim, compreender como esses fluxos operam na prática é essencial para qualificar a rede e fortalecer o cuidado em liberdade. **Objetivo:** Descrever o perfil dos usuários encaminhados a um Centro de Atenção Psicossocial I de um município de pequeno porte, as características dos encaminhamentos e analisar os fatores associados à inserção e ao abandono do acompanhamento no CAPS. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo-analítico, retrospectivo, de abordagem quantitativa, realizado no Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I) de um município de pequeno porte do norte do Paraná. Foram analisados 708 prontuários de usuários acolhidos entre 2021 e 2025. Para as análises relacionadas à trajetória assistencial, foram considerados os acolhimentos realizados até junho de 2023, garantindo período mínimo de dois anos de acompanhamento. Foram coletadas variáveis sociodemográficas, clínicas, características dos encaminhamentos e informações sobre o percurso assistencial dos usuários no serviço. Os desfechos analisados foram a inserção para acompanhamento no CAPS e o abandono do tratamento. Realizaram-se análises descritivas por medidas de frequência, testes de associação e modelos de regressão logística binária para identificação dos fatores associados aos desfechos. **Resultados:** Predominaram encaminhamentos de mulheres jovens adultas, brancas, solteiras e trabalhadoras. A APS foi responsável por mais da metade dos encaminhamentos, sobretudo realizados por clínicos gerais. A maior parte dos usuários possuía histórico de tratamento em saúde mental e a maioria dos encaminhamentos foram motivados por queixas ansiosas e depressivas. Observou-se fragilidade nos encaminhamentos, com registros incompletos e ausência da Estratificação de Risco em Saúde Mental (ERSM). O tempo entre encaminhamento e acolhimento foi majoritariamente curto. Risco suicida e uso de substâncias psicoativas aumentaram a chance de inserção no CAPS, enquanto sintomas depressivos e ansiosos isolados reduziram essa probabilidade. Dos 708 usuários, 59,7% foram inseridos (com elaboração de PTS) e 40,3% redirecionados a outros pontos da rede. Nos reacolhimentos, a demanda espontânea foi a principal porta de entrada. A maioria dos acompanhamentos durou até seis meses, e o abandono foi elevado: 72,3% dos PTS foram interrompidos, sendo 26,1% logo após o acolhimento. O abandono esteve associado principalmente ao uso de substâncias psicoativas. **Conclusão:** A trajetória dos usuários na RAPS é influenciada por fatores clínicos e sociais, mas também pela efetividade dos serviços e pelo grau de integração entre eles. Fragilidades nos encaminhamentos e na articulação da rede podem dificultar o acesso ao cuidado adequado, comprometendo o vínculo, a continuidade e a efetividade do tratamento. Nesse sentido, qualificar os encaminhamentos, fortalecer a resolutividade da APS e aprimorar estratégias cooperativas entre os pontos de atenção tornam-se essenciais para garantir percursos terapêuticos coerentes com as necessidades dos usuários.

Palavras-chave: Saúde Mental. Rede de Atenção Psicossocial. Encaminhamentos. Inserção no CAPS. Abandono.

DI MAURO, Luisa Guedes. **Characteristics of referrals to CAPS (Psychosocial Care Centers) and factors associated with enrollment and discontinuation of follow-up care.** 2026. 114 p. Dissertation (Master's in Collective Health) – State University of Londrina, Londrina, 2026.

ABSTRACT

Introduction: The Psychiatric Reform redefined mental health care in Brazil by replacing the hospital-centered model with the Psychosocial Paradigm and by organizing the Psychosocial Care Network (RAPS) in a territorial and integrated manner. Despite these advances, weaknesses persist in referrals, service articulation, and continuity of care. Thus, understanding how these flows operate in practice is essential to qualify the network and strengthen community-based care. **Objective:** To describe the profile of users referred to a Psychosocial Care Center I (CAPS I) in a small municipality, the characteristics of referrals, and to analyze the factors associated with admission and treatment dropout. **Method:** This is a descriptive-analytical, retrospective study with a quantitative approach, conducted at the Psychosocial Care Center I (CAPS I) in a small municipality in northern Paraná. 708 records of users admitted between 2021 and 2025 were analyzed. For analyses related to the care trajectory, admissions made up to June 2023 were considered, guaranteeing a minimum follow-up period of two years. Sociodemographic and clinical variables, referral characteristics, and information on the users' care pathway within the service were collected. The outcomes analyzed were inclusion in CAPS follow-up and treatment abandonment. Descriptive analyses were performed using frequency measures, association tests, and binary logistic regression models to identify factors associated with the outcomes. **Results:** Referrals were predominantly of young adult, white, single, working women. Primary Health Care (PHC) accounted for more than half of the referrals, mostly made by general practitioners. Most users had a prior history of mental health treatment, and most referrals were motivated by anxiety and depressive complaints. Weaknesses in the referral process were observed, including incomplete records and absence of the Mental Health Risk Stratification (ERSM). The time between referral and initial reception was generally short. Suicidal risk and psychoactive substance use increased the likelihood of admission to CAPS, while isolated depressive and anxiety symptoms reduced this probability. Of the 708 users, 59.7% were admitted for follow-up (with development of an Individualized Therapeutic Plan – PTS) and 40.3% were redirected to other points in the network. In readmissions, spontaneous demand was the main entry route. Most follow-ups lasted up to six months, and dropout was high: 72.3% of PTS were interrupted, with 26.1% occurring immediately after the initial reception. Dropout was mainly associated with psychoactive substance use. **Conclusion:** Users' trajectories within the Psychosocial Care Network are influenced by clinical and social factors, but also by service effectiveness and the degree of integration among them. Weaknesses in referrals and network articulation may hinder access to appropriate care, compromising bonding, continuity, and treatment effectiveness. In this sense, improving referral quality, strengthening PHC resolvability, and enhancing cooperative strategies among care points are essential to ensure therapeutic pathways consistent with users' needs.

Keywords: Mental Health. Psychosocial Care Network. Referrals. Admission to CAPS. Dropout.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma de atendimento do CAPS I de Ibiporã.	28
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Descrição das categorias da variável situação social.	34
Quadro 2 - Descrições dos motivos (queixas e sintomas) apresentadas nos encaminhamentos conforme as categorias criadas.	39
Quadro 3 - Hipóteses diagnósticas agrupadas em categorias, conforme a CID-10.	41
Quadro 4 - Comparação entre o PPHM e o PPS.	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e clínica dos usuários do CAPS I, Ibiporã-PR, 2021-2025	51
Tabela 2 - Situação social dos usuários encaminhados ao CAPS I, Ibiporã, PR, 2021-2025.	52
Tabela 3 - Serviços de origem dos encaminhamentos ao CAPS I, Ibiporã, PR, 2021-2025.	53
Tabela 4 - Categorias profissionais e equipes responsáveis pelos encaminhamentos ao CAPS I, Ibiporã-PR, 2021-2025.	55
Tabela 5 - Formas de encaminhamento ao CAPS I, Ibiporã-PR, 2021-2025.	56
Tabela 6 - Motivos relatados nos encaminhamentos ao CAPS I, Ibiporã-PR, 2021-2025.	57
Tabela 7 - Hipóteses diagnósticas descritas nos encaminhamentos ao CAPS I, Ibiporã-PR, 2021-2025.	58
Tabela 8 - Frequência de registro, por ano, da Estratificação de Risco em Saúde Mental, nas UBS e no CAPS I, Ibiporã-PR, 2021-2025.....	59
Tabela 9 - Pontuação das Estratificações de Risco em Saúde Mental no CAPS I, Ibiporã-PR, 2021-2025.	59
Tabela 10 - Intervalo de tempo (em dias) entre o encaminhamento e o acolhimento no CAPS I, Ibiporã-PR, 2021-2025.	60
Tabela 11 - Associação entre variáveis sociodemográficas e a inserção de usuários para acompanhamento no CAPS I (N=708), Ibiporã-PR.....	62
Tabela 12 - Associação entre variáveis clínicas e a inserção de usuários para acompanhamento no CAPS I (N=708), Ibiporã-PR.....	63
Tabela 13 - Associação entre os motivos do encaminhamento e a inserção para acompanhamento no CAPS I (N = 708), Ibiporã-PR.....	64
Tabela 14 - Modelo de regressão logística binária dos fatores associados à inserção para acompanhamento no CAPS I (N = 708), Ibiporã-PR.....	65
Tabela 15 - Número de acolhimentos e inserções em acompanhamento no CAPS I dos usuários que passaram por acolhimento inicial até junho de 2023, Ibiporã-PR, 2021-2025.	66
Tabela 16 - Tipo de procura dos usuários nos acolhimentos iniciais (até junho de 2023) e nos reacolhimentos, Ibiporã-PR, 2021-2025.	67

Tabela 17 - Situação no acolhimento inicial entre os usuários que realizaram o segundo acolhimento no CAPS I, Ibiporã-PR, 2021-2025.	68
Tabela 18 - Tempo de permanência em tratamento no CAPS I, conforme número de PTS realizados após os respectivos acolhimentos, Ibiporã-PR, 2021-2025.	69
Tabela 19 - Desfechos assistenciais do tratamento no CAPS I, conforme número de PTS realizados após os respectivos acolhimentos, Ibiporã-PR, 2021-2025.	70
Tabela 20 - Associação entre variáveis sociodemográficas e clínicas e o desfecho assistencial dos usuários acompanhados pelo CAPS I (N=223), Ibiporã-PR.....	72
Tabela 21 - Modelo de regressão logística binária dos fatores associados ao desfecho assistencial (abandono) dos usuários acompanhados pelo CAPS I (N = 223), Ibiporã-PR.	73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AE – Atenção Especializada
AAE – Atenção Ambulatorial Especializada
APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APS – Atenção Primária à Saúde
BPC – Benefício de Prestação Continuada
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS AD III – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III
CAPS I – Centro de Atenção Psicossocial I
CAPS II – Centro de Atenção Psicossocial II
CAPS III – Centro de Atenção Psicossocial III
CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CCI – Centro de Convivência do Idoso
CID-10 – Classificação Internacional de Doenças – 10ª revisão
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
COVID-19 – Doença causada pelo coronavírus SARS-CoV-2
DEPPEN – Departamento de Polícia Penal do Estado do Paraná
DETRAN-PR – Departamento Estadual de Trânsito do Paraná
DGSO – Divisão e Gestão de Saúde Ocupacional
ERSM – Estratificação de Risco em Saúde Mental
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PPS – Paradigma Psicossocial
PPHM – Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador
PTS – Projeto Terapêutico Singular
PUC – Pontifícia Universidade Católica do Paraná
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESA-PR – Secretaria de Estado da Saúde do Paraná
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPAs – Substâncias Psicoativas

SUS – Sistema Único de Saúde

TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

TAB – Transtorno Afetivo Bipolar

TAG – Transtorno de Ansiedade Generalizada

TEA – Transtorno do Espectro Autista

TEPT – Transtorno de Estresse Pós-Traumático

UBS – Unidade Básica de Saúde

UEL – Universidade Estadual de Londrina

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 JUSTIFICATIVA	24
3 OBJETIVOS	26
3.1 Objetivo Geral	26
3.2 Objetivos específicos:	26
4 METODOLOGIA.....	27
4.1 Delineamento.....	27
4.2 Local do estudo	27
4.3 Coleta de dados.....	30
4.4 Variáveis do estudo	31
4.4.1 Variáveis de caracterização dos usuários	31
4.4.2 Variáveis relacionadas aos encaminhamentos	35
4.4.3 Variáveis relacionadas ao percurso assistencial do usuário no CAPS.....	42
4.5 Análise dos dados	44
4.6 Aspectos éticos.....	49
5 RESULTADOS	50
6 DISCUSSÃO	74
7 CONCLUSÕES	89
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
9 REFERÊNCIAS.....	94
10 ANEXOS	107
ANEXO A - Estratificação de Risco em Saúde Mental (ERSM).....	108
ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).....	111

1 INTRODUÇÃO

A saúde mental, cada vez mais, tem se tornado uma prioridade nas políticas de saúde pública do Brasil e do mundo. Esse processo evidencia a importância do bem-estar psíquico para a saúde, para a qualidade de vida e para o desenvolvimento social. O aumento da prevalência de transtornos mentais e seus impactos na produtividade, nas relações sociais e nos sistemas de saúde, tem impulsionado essa prioridade (OPAS, 2022). No contexto brasileiro, essa valorização se articula à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e à expansão da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com iniciativas voltadas à promoção da saúde mental, à prevenção de agravos e à oferta de cuidado em liberdade (BRASIL, 2005).

As Políticas de Saúde Mental no Brasil passaram por muitas transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, para se chegar aos modelos de atenção e gestão apresentados atualmente (BRASIL, 2005). Para esse movimento deu-se o nome de Reforma Psiquiátrica Brasileira, que se constitui como um processo social, político e cultural profundamente transformador, que busca romper com a lógica manicomial e construir um novo paradigma de cuidado em saúde mental. Mais do que uma simples transformação dos serviços de saúde mental, ela busca a transformação da própria sociedade, reforçando a ideia de que o adoecimento psíquico não seja sinônimo de exclusão, e sim de diferença acolhida e respeitada (YASUI, 2010; AMARANTE, 1995).

Historicamente, a assistência em saúde mental no Brasil esteve fundamentada em um modelo biomédico, hospitalocêntrico e asilar. Este modelo concebia a loucura como uma disfunção biológica, apartada do contexto social e subjetivo, e legitimava a segregação dos indivíduos em grandes instituições psiquiátricas, em que muitas vezes eram submetidos a práticas de maus-tratos e violação de direitos. Somando-se a isso, essa lógica foi intensificada com a mercantilização da loucura, quando os hospitais psiquiátricos privados, conveniados ao Estado, passaram a lucrar com a manutenção de internações prolongadas, transformando a loucura em um negócio altamente rentável (YASUI, 2010; AMARANTE, 1995).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, influenciada por experiências internacionais, teve início no final da década de 1970, em sintonia com os movimentos sociais daquele período. Ela emerge da articulação de trabalhadores da saúde mental, usuários, familiares e diversos atores sociais, que passaram a denunciar as práticas

de exclusão e violência impostas pelo modelo asilar, questionando de forma incisiva o modelo biomédico centrado na doença e na medicalização (BRASIL, 2005).

Com isso, iniciou-se também um processo de reflexão crítica sobre o modelo hospitalocêntrico e sobre o saber psiquiátrico. Esses sujeitos também começaram a construir experiências que apontavam para outras formas de cuidado, pautadas na liberdade, na autonomia e no fortalecimento dos laços sociais. Nesse contexto, defendia-se um modelo de atenção aberto, territorial e comunitário, estruturado não apenas em torno do médico, mas sustentado por equipes multiprofissionais e por uma rede integrada de serviços, comprometida com o cuidado integral das pessoas em sofrimento mental, com a valorização da singularidade do sujeito, e com a promoção da autonomia, da cidadania e da inclusão social (BRASIL, 2005).

Conforme Amarante (2003), a Reforma Psiquiátrica é marcada por quatro dimensões indissociáveis: a epistemológica, que questiona e desconstrói os fundamentos biomédicos da psiquiatria tradicional; a técnico-assistencial, que propõe novos dispositivos e práticas de cuidado no território, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); a político-jurídica, que luta pela garantia de direitos, pela cidadania e pela transformação das políticas públicas em saúde mental; e a sociocultural, que enfrenta os estigmas e os imaginários sociais produzidos historicamente sobre a loucura (AMARANTE, 2003).

Em consonância com isso, Basaglia (2005) aprofunda a crítica ao modelo psiquiátrico tradicional ao sustentar que a luta antimanicomial não se restringe à reorganização dos serviços ou à substituição do hospital psiquiátrico por outros dispositivos. Para o autor, a desinstitucionalização implica uma mudança radical no lugar social atribuído à loucura, rompendo com práticas de controle, medicalização e normalização do comportamento. Trata-se de um processo ético, político e assistencial que desloca o centro do cuidado da doença para a pessoa em sofrimento, reconhecendo sua singularidade, seus vínculos sociais e sua condição de sujeito de direitos. Nessa perspectiva, o cuidado passa a se orientar pelo acolhimento, pela convivência comunitária, pelo trabalho interdisciplinar e pela valorização da cidadania, afastando-se da lógica curativa e disciplinar (BASAGLIA, 2005).

Diferentemente do modelo psiquiátrico hospitalocêntrico, que reduz o sujeito a um portador de transtornos e foca na adaptação social por meio da medicalização e da disciplina, o Paradigma Psicossocial entende o sofrimento psíquico como uma expressão da realidade subjetiva e sociocultural de cada pessoa. Nessa perspectiva,

a saúde deixa de ser vista apenas como ausência de sintomas e passa a ser concebida como um processo de produção de vida e subjetividade. Essa abordagem propõe o cuidado como um campo de construção coletiva, no qual o sujeito deixa de ser objeto da intervenção e passa a ocupar um lugar ativo na produção de sentidos sobre seu próprio sofrimento (SHIMOGUIRI, 2019).

O Paradigma Psicossocial valoriza relações horizontais entre profissionais, usuários e comunidade, rompendo com a lógica verticalizada de poder que historicamente estruturou as instituições psiquiátricas. Ele promove a cogestão dos espaços de cuidado e reconhece o território como um elemento central da prática em saúde mental, compreendendo que é nele que os sujeitos vivem, sofrem e constroem sua rede de vínculos e pertencimento. Nesse sentido, a atenção psicossocial se define não apenas pelos dispositivos em si, mas pela forma como eles se organizam, produzem escuta, reconhecem a singularidade e acolhem o sofrimento como experiência legítima (SHIMOGUIRI, 2019).

Dessa forma, a distinção entre o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM) e o Paradigma Psicossocial (PPS) constitui um eixo fundamental para compreender as práticas atuais em saúde mental e os rumos que se pretende seguir nesse campo. As diferenças entre ambos atravessam dimensões históricas, epistemológicas, técnicas e éticas, repercutindo na organização dos serviços, na concepção de cuidado e nas relações entre profissionais, usuários e território (SHIMOGUIRI, 2019).

Apesar dos avanços, cabe ressaltar que a Reforma Psiquiátrica Brasileira apenas iniciou o processo de transição paradigmática que permanece em curso até os dias atuais. Essa transformação foi e continua sendo atravessada por disputas políticas, dificuldades estruturais, constantes negociações entre diferentes atores e interesses, além dos estigmas profundamente enraizados em nossa sociedade. Trata-se de um processo contínuo, que exige o enfrentamento permanente de desafios históricos, culturais e sociais para consolidar práticas de cuidado pautadas no paradigma psicossocial e na defesa dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico (YASUI, 2010; SHIMOGUIRI, 2019).

Nesse cenário de transformações impulsionadas pela Reforma Psiquiátrica, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) representa o principal eixo estruturante da política pública de saúde mental no Brasil. Instituída com o objetivo de organizar e articular os diferentes dispositivos de cuidado no território, a RAPS tem como principal

característica o atendimento humanizado, com respeito à dignidade e aos direitos humanos, e à valorização da autonomia. Ao se contrapor às práticas excludentes do modelo hospitalocêntrico, a RAPS reafirma o compromisso com a desinstitucionalização e com a inclusão social. Assim, busca-se a superação do estigma historicamente associado aos transtornos mentais, por meio de estratégias que envolvem corresponsabilidade e ampliação do acesso aos serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011).

Como o SUS, a RAPS também se orienta pelo princípio da integralidade e deve abranger desde a atenção básica até o atendimento especializado, com uma articulação efetiva e continuada das equipes de saúde, e com o reconhecimento das necessidades individuais e a inclusão de aspectos políticos, sociais, familiares e comunitários no tratamento e na reabilitação de cada usuário (CARVALHO et al., 2017). Assim, essa rede é constituída por ações, serviços e pontos de atenção territorial em seus diferentes níveis de complexidade, que constituem: atenção básica, atenção psicossocial especializada (composta pelos CAPS), urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório e atenção hospitalar (BRASIL, 2011).

Entre os serviços que compõem a RAPS, faz-se necessário um melhor entendimento sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que o presente trabalho terá como campo de pesquisa. Os CAPS são pontos de atenção especializados, que se destinam ao atendimento de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, e aos indivíduos com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas. Seu funcionamento está pautado na lógica do cuidado em liberdade, na articulação com a rede de serviços e no fortalecimento dos vínculos com o território. São constituídos por profissionais de diferentes áreas de atuação, que atuam de forma interdisciplinar, com o objetivo de promover a reabilitação psicossocial, por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da construção de estratégias compartilhadas de cuidado (BRASIL, 2011).

Conforme a Portaria nº 3088 de 2011 (que institui a RAPS), os CAPS podem constituir-se nas seguintes modalidades: CAPS I, indicado para municípios acima de 20 mil habitantes; CAPS II, municípios com população acima de 70 mil habitantes; CAPS III, com funcionamento 24 horas e indicado para municípios ou regiões com população acima de 200 mil habitantes; CAPS AD, específico para álcool e drogas e indicado para Municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes; CAPS AD III, também específico para álcool e drogas e com funcionamento 24 horas,

indicado para Municípios e regiões com mais de 200 mil habitantes; e CAPSi, destinado a crianças e adolescentes e indicado para municípios ou regiões com mais de 150 mil habitantes.

Existem vários tipos de procedimentos realizados no CAPS de forma individual, como o acolhimento inicial, a consulta médica, a psicoterapia e a atenção às situações de crise. Entretanto, priorizam-se ações terapêuticas coletivas tais como os atendimentos em grupos, as oficinas terapêuticas, as práticas expressivas e comunicativas, e as ações realizadas também em outros espaços da comunidade (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012). Os tipos de atendimentos e as especificidades do tratamento de cada pessoa são construídos em conjunto, com a equipe, com o próprio usuário e com a família, pautado nas necessidades apresentadas, por meio do Projeto Terapêutico Singular (BRASIL, 2011).

Outro serviço fundamental na rede de saúde mental é a Unidade Básica de Saúde (UBS), que se constitui como Atenção Primária à Saúde (APS), e funciona como a porta de entrada preferencial do SUS, sendo a principal responsável por acolher e identificar as demandas daquele usuário, inclusive aqueles com sofrimento psíquico (BRASIL, 2022). Dessa forma, quando o primeiro atendimento ocorrer na UBS, o usuário deve ser primeiramente acolhido e, assim, avaliado quanto à gravidade e à complexidade do quadro apresentado. E, quando extrapolada a competência desta, deve ser referenciado à atenção especializada (BRASIL, 2022).

Deve-se ressaltar que o acolhimento, tanto nos CAPS como nas UBS, configura-se como um momento fundamental para a construção do vínculo terapêutico e para a efetivação de um cuidado humanizado. Esse contato entre o usuário e o profissional deve ser pautado em escuta qualificada, e respeito à singularidade da pessoa que busca o serviço, reconhecendo sua trajetória de sofrimento e as múltiplas vulnerabilidades que a atravessam. Diferente da triagem, que seleciona quem será atendido, o acolhimento garante que todos sejam recebidos com empatia e compromisso com a resolução das demandas apresentadas. O acolhimento, mais do que um procedimento técnico, precisa ser compreendido como uma atitude ética e relacional, que busca criar um espaço de confiança e segurança, promovendo o reconhecimento do usuário como sujeito ativo no processo de cuidado (BRASIL, 2010).

Uma das ferramentas que pode contribuir para o processo de acolhimento e apoiar a tomada de decisão dos profissionais de saúde quanto à identificação da

demanda e à condução dos casos em saúde mental é a Estratificação de Risco em Saúde Mental (ERSM), apresentada no Anexo A, da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA-PR). Esse instrumento, aplicável a usuários de todas as faixas etárias que apresentam sofrimento psíquico ou demandas relacionadas ao uso de substâncias, possibilita uma análise ampliada do impacto da condição de saúde mental na vida do indivíduo, considerando aspectos clínicos, psicossociais e contextuais. Ele é organizado em cinco grupos de sinais e sintomas relacionados a transtornos mentais comuns, transtornos severos, uso de substâncias, saúde mental infantojuvenil e fatores agravantes. Sua aplicação permite identificar o nível de risco daquele usuário: baixo, médio ou alto (PARANÁ, 2020).

Sua aplicação exige uma análise cuidadosa da história do usuário, considerando seus vínculos, autonomia, funcionalidade e contexto de vida. O instrumento destaca condições especiais, como gestação, vulnerabilidades sociais e deficiência intelectual, em que a atenção precisa ser redobrada. É necessário destacar que a ferramenta não substitui diagnósticos psiquiátricos nem se configura como instrumento de referência/contrarreferência formal, mas se apresenta como um recurso de apoio à escuta qualificada e à tomada de decisão clínica. Assim, o ERSM se configura como um importante facilitador do cuidado em rede, promovendo maior equidade, acesso oportuno e efetividade na atenção psicossocial (PARANÁ, 2020).

Ademais, sobre a compreensão do funcionamento das redes no SUS e no âmbito da saúde mental, é importante considerar a ideia de uma rede horizontalizada. Essa concepção rompe com o tradicional modelo piramidal, hierarquizado por níveis de complexidade, e propõe uma lógica circular, em que todos os pontos de atenção são considerados igualmente importantes, diferenciando-se apenas pelas densidades tecnológicas que comportam. Nesse arranjo, o fluxo dos usuários não deve ser determinado pela posição dos serviços em uma escala vertical, mas sim por suas necessidades singulares, seus vínculos e contextos de vida. Essa organização favorece a integralidade do cuidado, a corresponsabilização entre os serviços e a ampliação dos acessos, reconhecendo as diferentes portas de entrada como espaços legítimos de acolhimento (PINHEIRO, 2023).

Pode-se relatar então que CAPS e UBS possuem responsabilidades em diferentes níveis de complexidade, mas são igualmente importantes na rede. Os CAPS assumem a função do cuidado especializado, priorizando os transtornos mentais graves e persistentes, e as UBS atuam na promoção da saúde mental e no

cuidado dos casos estáveis, leves e moderados. Como serviços essenciais na política de saúde mental, os profissionais dos CAPS e das UBS precisam partir de uma ideia de rede não hierarquizada, de forma a garantir uma relação horizontal e de cooperação (BERMUDEZ e SIQUEIRA-BATISTA, 2017). Juntos, com outros pontos de atenção da rede, mediante relações harmônicas, são capazes de garantir um acompanhamento longitudinal do caso e viabilizar um cuidado integral (BRASIL, 2022).

Nesse contexto, como estratégia que permite a articulação efetiva entre os diferentes pontos de atenção da rede, surge o sistema de referência e contrarreferência como um importante dispositivo organizacional. Nele, estabelecem-se critérios para o fluxo de atendimento e permite o encaminhamento do usuário entre os diferentes serviços, na tentativa de superar a fragmentação da rede e promover a integralidade do cuidado (ROCHA; CALHEIROS; WYSZOMIRSKA, 2022).

Apesar de sua proposta organizativa, o sistema de encaminhamento, quando operado de forma mecânica e desarticulada da lógica da atenção psicossocial, pode sustentar práticas ancoradas no modelo biomédico e produzir um tratamento individualista, fragmentado e reducionista do processo saúde-doença, centrado no diagnóstico, na medicalização e na figura do especialista como detentor exclusivo do saber e do poder de intervenção. Nessa perspectiva, o sofrimento psíquico é compreendido apenas como uma disfunção biológica e individual a ser corrigida, o que reforça a lógica do encaminhamento tradicional, vertical, hierarquizado e desresponsabilizado (PINHEIRO, 2023).

Nesse sentido, o estudo de Gama et al. (2021) mostra que muitos profissionais da APS não possuem estratégias adequadas para organizar ou manejar demandas de saúde mental, o que resulta em encaminhamentos precoces, muitas vezes baseados em insegurança e desresponsabilização. A ausência de capacitação, a dificuldade de acesso a serviços especializados e a predominância de uma prática centrada na prescrição de psicotrópicos demonstram como a medicalização se torna uma saída imediata diante da impotência sentida pelas equipes. Assim, o sistema de encaminhamentos, em vez de operar como uma ferramenta integradora, acaba muitas vezes sustentando a fragmentação do cuidado, a medicalização do sofrimento e a lógica curativa e centrada na doença (GAMA et al., 2021).

Diante disso, o apoio matricial surgiu como uma estratégia para transformar a lógica do encaminhamento na lógica da corresponsabilização (SALVADOR e PIO,

2016). Seu objetivo é estreitar os vínculos entre os serviços e promover a construção coletiva do cuidado, tornando a atenção integral mais viável no cotidiano das práticas. Por meio de interconsultas, discussões clínicas, decisões compartilhadas e trocas de saberes, o matriciamento favorece a integração entre as equipes da APS e da Atenção Especializada (AE), contribuindo para o fortalecimento dos vínculos interprofissionais. Com esse método colaborativo, é possível ampliar a compreensão das atribuições de cada serviço, fortalecer a atuação da equipe de base e promover a utilização mais racional e estratégica dos recursos especializados. (LIMA e DIMENSTEIN, 2016).

Além disso, ao oferecer suporte técnico contínuo, o apoio matricial contribui para o fortalecimento da autonomia das equipes da APS e para a redução de encaminhamentos desnecessários, qualificando o cuidado prestado e reforçando a articulação da rede de atenção psicossocial. Conforme apontam diversas pesquisas, apesar dos desafios de sua consolidação, o matriciamento é reconhecido como uma ferramenta potente para favorecer a atenção integral, estimular a corresponsabilização entre a APS e a AE, e viabilizar uma atuação intersetorial mais eficiente, o que contribui para superar a fragmentação do cuidado e a lógica biomédica dominante (CUNHA, ROSA e CARVALHO, 2022; LIMA e DIMENSTEIN, 2016; MORO, FERREIRA e ROCHA, 2020).

Contudo, apesar dos avanços normativos, da ampliação dos serviços substitutivos e da implantação do apoio matricial, a efetivação do paradigma psicossocial permanece atravessada por dificuldades estruturais e operacionais que comprometem a articulação da RAPS. Evidencia-se um descompasso entre o discurso reformista e a materialização das práticas no cotidiano dos serviços, marcado pela coexistência e reprodução de traços do modelo asilar. Pesquisas recentes apontam a insuficiência de serviços e de profissionais, a sobrecarga dos CAPS, a dificuldade de articulação entre os pontos da rede, além da predominância de encaminhamentos formais e burocráticos, que pouco contribuem para a corresponsabilização do cuidado (SAMPAIO e BISPO JÚNIOR, 2021).

Diante desse cenário, marcado pela centralidade dos encaminhamentos na organização do cuidado em saúde mental e pelos desafios ainda existentes na articulação da RAPS, o presente estudo tem como objetivo analisar os encaminhamentos ao CAPS I do município de Ibiporã e os fatores associados à inserção e ao abandono do acompanhamento. Para isso, busca-se descrever o perfil

sociodemográfico e clínico desses usuários, caracterizar os encaminhamentos realizados e analisar os percursos assistenciais dos usuários.

2 JUSTIFICATIVA

A organização dos fluxos de cuidado e dos encaminhamentos entre os diferentes pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) constitui um elemento central para a efetivação da integralidade do cuidado em saúde mental. No entanto, na prática cotidiana dos serviços, esses fluxos nem sempre se estruturam de forma articulada, o que pode comprometer a continuidade do cuidado e o percurso assistencial dos usuários na rede.

Nesse sentido, a avaliação da comunicação entre os pontos de atenção e do itinerário percorrido pelos usuários permite identificar fragilidades e potencialidades da RAPS, contribuindo para o aprimoramento dos processos de cuidado e para o fortalecimento da articulação entre os serviços. Considerando que os encaminhamentos ocupam lugar central nessa dinâmica e exercem influência direta na organização do cuidado e na trajetória dos usuários, o presente estudo toma-os como eixo de análise para construir um retrato da rede de saúde mental do município de Ibiporã.

A escolha por este tema não é apenas fruto de uma inquietação científica, mas também de uma implicação pessoal e profissional no campo da saúde mental. A vivência cotidiana em serviço especializado revelou desafios persistentes na organização do cuidado, como fragilidades nos encaminhamentos, dificuldades na articulação entre os pontos da rede e lacunas na continuidade assistencial. Esses atravessamentos despertaram o desejo de observar e categorizar os encaminhamentos, de modo a explicitar suas fragilidades e colaborar com a identificação de falhas que impactam diretamente o itinerário terapêutico dos usuários.

Portanto, este estudo apresenta-se como esforço relevante para contribuir com a melhoria da qualidade de vida das pessoas que necessitam de cuidado em saúde mental, já que pode contribuir para a viabilização de um tratamento mais eficaz e humanizado, com facilidade de acesso e redução da fragmentação do cuidado. Além disso, uma rede de saúde mental mais integrada e acolhedora, com formação de vínculos e relações com a comunidade, pode contribuir para a redução do estigma que acompanha as pessoas com transtornos mentais e promover o empoderamento desses usuários e de suas famílias, gerando maior aceitação, autonomia e inclusão social.

Embora existam diversos estudos na área da saúde mental na literatura, não

foram encontradas pesquisas recentes que se dediquem especificamente às informações presentes nos encaminhamentos ao CAPS. Assim, o presente estudo busca preencher essa lacuna e, a partir da análise dos dados coletados, pretende fornecer subsídios para políticas públicas e para o fortalecimento da RAPS no município, apoiando gestores e trabalhadores na reflexão sobre seus processos de trabalho e na qualificação dos fluxos assistenciais.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Descrever o perfil dos usuários encaminhados a um Centro de Atenção Psicossocial I de um município de pequeno porte, as características dos encaminhamentos e analisar os fatores associados à inserção e ao abandono do acompanhamento no CAPS.

3.2 Objetivos específicos:

- Caracterizar o perfil dos usuários encaminhados ao CAPS conforme as variáveis gênero, idade, cor/raça, situação social e histórico de acompanhamento em saúde mental;
- Caracterizar os encaminhamentos conforme as variáveis: serviço de origem, categoria ou equipe profissional, forma, motivos, hipóteses diagnósticas e tempo;
- Verificar a realização da estratificação de risco na UBS e no CAPS desses usuários encaminhados;
- Descrever o percurso assistencial dos usuários acolhidos no CAPS, segundo o número de acolhimentos realizados, tipos de procura, inserção para acompanhamento, tempo de permanência e desfechos assistenciais;
- Analisar os fatores associados à inserção e ao abandono do acompanhamento no CAPS.

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento

Trata-se de um estudo descritivo-analítico, retrospectivo e de abordagem quantitativa.

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial I do município de Ibiporã-PR, situado na região norte do Paraná e com uma população estimada em 53.054 pessoas para o ano de 2024 (IBGE, 2025). Atualmente, a Rede de Atenção Psicossocial de Ibiporã é composta por, além do CAPS I, 1 Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil, 1 Unidade de Pronto Atendimento (UPA), 1 hospital geral, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e 9 UBS.

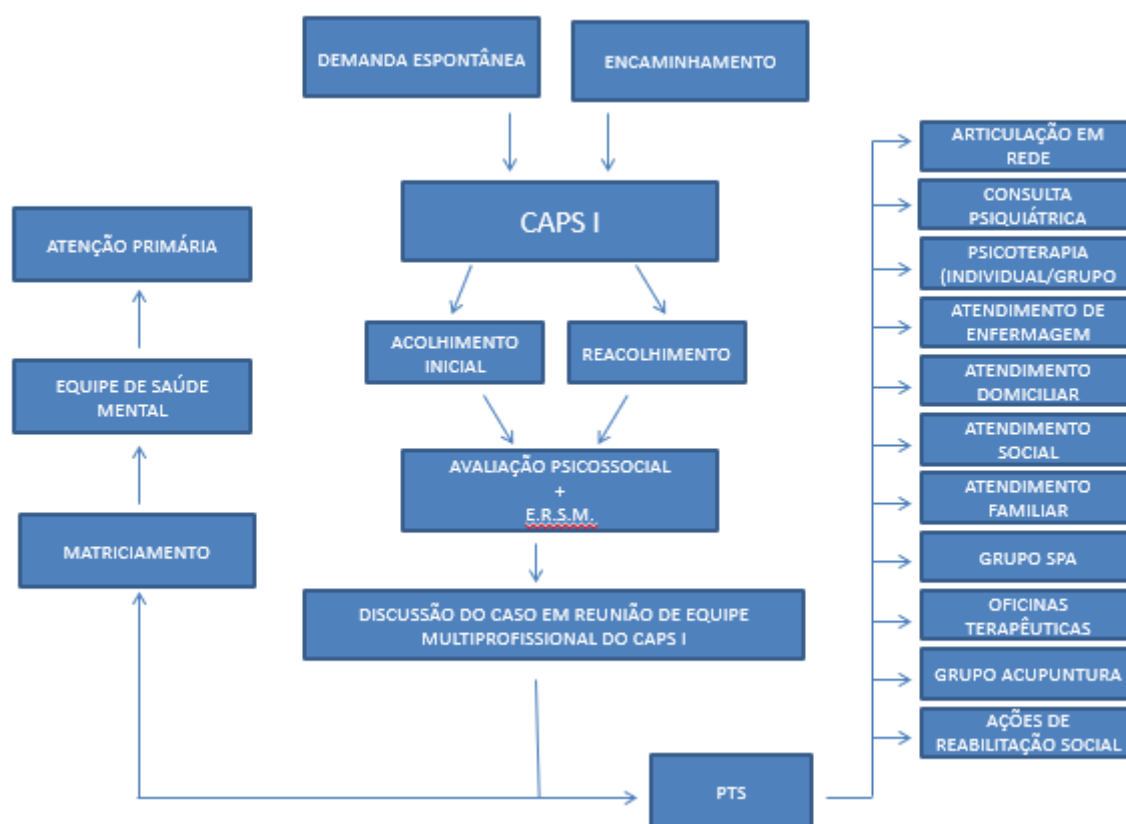
O CAPS I de Ibiporã possui uma equipe multiprofissional composta por 4 psicólogos, 2 médicos psiquiatras, 1 enfermeira, 1 técnico de enfermagem, 1 assistente social, 1 fisioterapeuta, 1 educadora social, 1 nutricionista, 1 acupunturista, além de 1 técnico administrativo e 1 zeladora (IBIPORÃ, 2025). As atividades desenvolvidas no CAPS I são realizadas pelos diversos profissionais que compõem a equipe multidisciplinar e constituem-se nos seguintes procedimentos: acolhimento inicial, atendimento individual, atendimento em grupo, atendimento familiar, atenção à crise, práticas expressivas e comunicativas, práticas corporais, ações de reabilitação psicossocial, ações de contratualidade territorial, atendimento domiciliar, ações de intersetorialidade e matriciamento das equipes de atenção básica.

O primeiro contato do usuário com o CAPS se dá no acolhimento inicial. Nesse momento, é realizada uma avaliação psicossocial, podendo ser realizada por todos os profissionais de ensino superior, fundamentada em uma escuta qualificada e humanizada, a fim de compreender a demanda daquele usuário e, assim, promover um cuidado adequado. Após o acolhimento, os casos são discutidos em reunião de equipe, realizada semanalmente. Nessas reuniões, os casos são analisados coletivamente quanto à complexidade da situação apresentada, considerando o grau de sofrimento psíquico, os fatores de vulnerabilidade social e o suporte disponível na rede. Com base nessa avaliação, decide-se se o usuário iniciará o acompanhamento

no CAPS, por meio do Projeto Terapêutico Singular (PTS), ou se será orientado e direcionado a outro ponto de atenção da rede, mais adequado à sua necessidade naquele momento.

Com o intuito de ilustrar de forma sintética e sistematizada o fluxo assistencial do CAPS I de Ibiporã, elaborou-se um fluxograma contendo as principais etapas do processo de cuidado, desde a porta de entrada até as diferentes modalidades de intervenção oferecidas pelo serviço (Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma de atendimento do CAPS I de Ibiporã.



Fonte: elaborado pela autora.

O CAPS I de Ibiporã foi inaugurado em novembro de 2006. Contudo, somente no início de 2021 foi implantada oficialmente a Equipe de Saúde Mental na Atenção Primária, o que possibilitou o início efetivo do processo de apoio matricial no município. Essa equipe foi composta de profissionais da APS e do CAPS, entre psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros, que ficaram responsáveis pelas ações de matriciamento. Antes desse período, embora tenham existido algumas tentativas pontuais de estabelecer o matriciamento, essas iniciativas não se consolidaram, sendo descontinuadas por falta de estrutura, organização ou articulação entre os

serviços.

A partir de 2021, com a formalização da equipe e o fortalecimento do trabalho intersetorial, observou-se um processo gradual de reestruturação do matriciamento, com mudanças significativas tanto na composição das equipes quanto na organização das atividades. Foram sendo definidos fluxos, criados espaços de discussão conjunta e estruturadas as agendas de reuniões entre o CAPS e as UBS. Em 2023, já se contava com uma agenda definida para os encontros matriciais, com dias específicos destinados a cada UBS, o que favoreceu a continuidade das ações e o matriciamento se consolidou como uma prática regular no território.

Cabe destacar, ainda, que a pesquisadora atua como psicóloga no CAPS I de Iporã há oito anos, com inserção direta no cotidiano do serviço e participação em diferentes atividades, como atendimentos individuais e grupais, acolhimentos, oficinas terapêuticas, ações de matriciamento e articulações em rede. Essa atuação se desenvolve em consonância com os princípios da atenção psicossocial, de forma a priorizar o cuidado em liberdade, o fortalecimento de vínculos e a construção compartilhada dos projetos terapêuticos singulares.

O trabalho assistencial desenvolvido no CAPS I de Iporã, para além dos atendimentos já mencionados, orienta-se pela ampliação da autonomia, da funcionalidade e da participação social dos usuários. Compreende o cuidado em saúde mental como um processo que extrapola a redução de sintomas e se inscreve na produção de vida no território. Nessa perspectiva, as intervenções buscam reconhecer e potencializar os recursos subjetivos, sociais e culturais dos sujeitos, considerando suas trajetórias, desejos e possibilidades de inserção social.

Como parte desse cuidado ampliado, o serviço investe de forma contínua na oferta de oficinas terapêuticas e atividades coletivas diversificadas, entendidas como dispositivos fundamentais de reabilitação psicossocial. As oficinas incluem, por exemplo, artesanato, atividades esportivas, jogos, cerâmica, fotografia, desenho, entre outras. E são organizadas de modo a favorecer a expressão, a convivência, o desenvolvimento de habilidades e a construção de vínculos. Essas práticas são organizadas a partir da escuta dos usuários e das discussões nas reuniões de equipe, sendo ajustadas conforme as possibilidades, interesses e necessidades identificadas ao longo do acompanhamento.

Além das atividades realizadas no próprio serviço, o CAPS I desenvolve ações articuladas com outros setores do território, especialmente com as Secretarias do

Esporte, da Cultura e do Trabalho. Essas parcerias possibilitam o acesso dos usuários a outros espaços da comunidade, além da oferta de cursos de qualificação profissional. Esse trabalho em rede estimula a participação social e a construção de projetos de vida para além do serviço de saúde, e reforça a compreensão de que o cuidado em saúde mental se sustenta na articulação intersetorial e na inserção dos usuários em contextos reais de convivência, aprendizado e produção de sentido.

4.3 Coleta de dados

Os dados foram coletados de prontuários contidos no sistema utilizado pela Secretaria de Saúde (LUCEDATA), em que também já consta o sistema de referenciamento. Após a obtenção dos dados, estes foram organizados em planilhas eletrônicas do programa Microsoft Office Excel com as seguintes informações: gênero, idade, cor, estado civil, ocupação, histórico no tratamento em saúde mental, serviço de origem, categoria ou equipe profissional de quem encaminhou, forma do encaminhamento, motivos (queixas e sintomas) do encaminhamento, hipótese diagnóstica e o tempo entre o encaminhamento e o comparecimento no CAPS. Além disso, foi verificada a presença de registro de estratificação de risco em saúde mental na UBS ou no CAPS, a elaboração do PTS para o usuário no CAPS, tempo e desfecho da permanência. Por fim, se houve novos contatos desses usuários com o CAPS e suas variáveis (tempo de permanência e desfecho).

Os prontuários analisados foram daqueles usuários encaminhados ao CAPS I durante o período de janeiro de 2021 a junho de 2025. Entretanto, somente os acolhimentos anteriores a julho de 2023 foram analisados quanto ao tempo de permanência, ao desfecho assistencial e aos novos contatos com o CAPS, considerando um período de 2 anos. Não houve critério de exclusão, e os dados incompletos foram classificados como não informados.

A coleta de dados contou com o apoio de uma estagiária de psicologia da Universidade Estadual de Londrina (UEL), que recebeu treinamento prévio para extração dos dados dos prontuários e para a organização nas planilhas eletrônicas, a fim de garantir a padronização e a fidedignidade das informações registradas. Para assegurar a qualidade do processo, também foram realizadas conferências

posteriores pela pesquisadora principal, incluindo a verificação aleatória de prontuários a fim de validar a consistência dos dados coletados.

4.4 Variáveis do estudo

As variáveis do estudo foram definidas a partir das informações disponíveis nos prontuários e organizadas de modo a permitir a caracterização dos usuários, a análise dos encaminhamentos ao CAPS e a compreensão do percurso assistencial no serviço. As variáveis foram organizadas conforme descrito a seguir.

4.4.1 Variáveis de caracterização dos usuários

As variáveis de caracterização dos usuários compreenderam gênero, faixa etária, cor/raça, estado civil, situação social e histórico prévio de acompanhamento em saúde mental, conforme descrito a seguir.

4.4.1.1 Gênero

- Feminino
- Masculino

Optou-se pela utilização da nomenclatura gênero, em substituição ao termo sexo, considerando que os registros presentes nos prontuários dizem respeito à identidade de gênero com a qual os usuários se reconhecem, e não a características biológicas. Essa escolha fundamenta-se na compreensão de gênero como uma dimensão subjetiva e social, relacionada à forma como a pessoa se identifica e se posiciona no mundo, sendo mais adequada à abordagem da atenção psicossocial.

4.4.1.2 Faixa etária (anos)

- 18 a 29
- 30 a 44
- 45 a 59
- 60 anos ou mais

A idade foi obtida a partir do número de anos completos de vida registrados nos prontuários, sendo posteriormente organizada em categorias, conforme a variável faixa etária.

4.4.1.3 Cor/Raça

- Branca
- Parda
- Preta
- Amarela
- Indígena
- Não informado

A categoria “não informado” refere-se aos casos em que a informação sobre cor/raça não estava registrada no prontuário.

4.4.1.4 Estado civil

- Solteiro(a)
- Casado(a)
- Amasiado(a)
- Divorciado(a)
- Viúvo(a)
- Outros
- Não informado

A categoria “outros” corresponde às classificações registradas dessa forma nos prontuários. Enquanto “não informado” refere-se aos casos em que a informação sobre estado civil não estava registrada.

4.4.1.5 Situação social

- Trabalhador(a)
- Desempregado(a)
- Do lar (atividade não remunerada)
- Estudante
- Beneficiário de renda previdenciária / assistencial
- Em situação de rua
- Não informado

A escolha dessa variável fundamenta-se na perspectiva da atenção psicossocial, que compreende o cuidado em saúde mental de forma articulada às

condições de vida e de participação social dos sujeitos. Considerando que os prontuários analisados continham informações limitadas acerca de renda ou escolaridade, optou-se por utilizar um marcador ampliado que contemplasse diferentes formas de inserção social. No caso dos usuários classificados como trabalhadores(as), as ocupações registradas foram agrupadas em áreas de trabalho, conforme similaridade das atividades exercidas. A descrição das categorias adotadas, bem como das áreas de trabalho e seus critérios de classificação, encontra-se apresentada no Quadro 1.

Quadro 1 - Descrição das categorias da variável situação social.

Situação Social	Área de trabalho	Descrições incluídas
Trabalhador(a)	Indústria/ Produção	Operador de máquinas, auxiliar de produção, auxiliar de máquinas, operador de guilhotina, auxiliar de garantia de qualidade, pintor industrial, metalúrgico, soldador, costureira, auxiliar de costura e técnico de correias.
	Serviços Gerais	Zelador, diarista, cozinheiro, auxiliar de cozinha, garçom, babá, faxineiro, auxiliar de lavanderia, porteiro, copeiro, gari e lavador de automóveis.
	Comércio	Operador de loja, operador de caixa, balconista, atendente, feirante, empresário, vendedor, lojista, repositor e gerente comercial.
	Construção	Pedreiro, marceneiro, ajudante de pedreiro, servente, montador, pintor e marmorista.
	Transporte	Motorista, caminhoneiro, ajudante de caminhoneiro, mecânico, funileiro, pintor automotivo, polidor automotivo, entregador, auxiliar de expedição e auxiliar de carga e descarga.
	Administrativo	Auxiliar de administração, auxiliar de contabilidade, auxiliar de escritório, assistente fiscal, secretária e operador(a) de telemarketing.
	Saúde	Enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, técnico de saúde bucal, agentes comunitárias de saúde e cuidadora de idosos.
	Educação	Professores, pedagogos, psicopedagogos, agente educacional e inspetor de pátio.
	Segurança	Vigia, vigilante e segurança.
	Estética	Manicure e cabeleireira.
	Arte/Cultura	Cantora, artesã e acrobata.
	Autônomo	Registros apenas como “autônomo”, sem especificação da ocupação.
Outros		Advogado, economista, publicitário, programador, assessor de juiz, inspetor federal, higienista e ambientalista.
Desempregado(a)	-	Usuários com registro explícito de ausência de vínculo de trabalho no momento do atendimento.
Do lar (atividade não remunerada)	-	Usuários cuja principal atividade registrada refere-se a cuidados domésticos não remunerados.
Estudante	-	Usuários identificados como estudantes, sem registro de exercício de atividade laboral.
Beneficiário(a) de renda previdenciária/ Assistencial	-	Usuários descritos como aposentados, pensionistas ou beneficiários do Benefício de Prestação Continuada (BPC)
Em situação de rua	-	Usuários com registro de vivência em situação de rua no momento do atendimento.
Não informado	-	Prontuários sem registro de informação referente à ocupação ou situação social do usuário.

Fonte: elaborado pela autora com base nas descrições contidas nos prontuários (2025).

4.4.1.6 Histórico prévio de acompanhamento em saúde mental

- Sim
- Não

Considerou-se a existência de qualquer registro anterior de intervenção

relacionada à saúde mental, independentemente do nível de atenção ou da modalidade de cuidado. Dessa forma, foram incluídas situações em que o usuário já havia realizado acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, bem como aqueles que receberam manejo exclusivamente medicamentoso, inclusive quando prescrito por médico clínico geral na Atenção Primária à Saúde. A ausência de registros dessa natureza foi considerada como inexistência de histórico prévio de acompanhamento em saúde mental.

4.4.2 Variáveis relacionadas aos encaminhamentos

As variáveis de caracterização dos encaminhamentos incluem: serviço de origem, categoria ou equipe profissional, forma, motivos, hipóteses diagnósticas e tempo (entre o encaminhamento e o acolhimento no CAPS).

4.4.2.1 Serviço de origem

- Atenção Primária à Saúde (APS)
- Unidade Pronto Atendimento (UPA)
- Hospital Cristo Rei
- Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS)
- Conselho Tutelar
- Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi)
- Ministério Público / Poder Judiciário
- Rede Privada
- Pronto Atendimento / Hospital Geral (Londrina)
- Centro de Referência em Assistência Social (CRAS)
- Outros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)
- Hospital Santa Terezinha
- Hospital Vida
- Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE)
- Comunidades Terapêuticas
- Rede de Educação
- Divisão e Gestão de Saúde Ocupacional (DGSO)
- Departamento Estadual de Trânsito (DETRAN-PR)
- Outros

- Não informado

A categoria “outros” reuniu encaminhamentos isolados, registrados apenas uma vez ao longo de todo o período analisado, provenientes da Secretaria de Saúde de Ibiporã, do ambulatório da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC Londrina), do Centro Integrado de Doenças Infecciosas (CIDI) de Londrina, da Santa Casa de Cambé, da Atenção Básica do município de Assaí, do Departamento de Polícia Penal do Estado do Paraná (DEPPEN), do Centro de Convivência do Idoso (CCI) de Ibiporã e da Casa Lar de Ibiporã. A categoria “não informado” refere-se aos casos em que não foi possível identificar o serviço de origem do encaminhamento, em razão da ausência ou insuficiência dessa informação nos prontuários.

4.4.2.2 Categoria/equipe profissional

- Uniprofissional

- Clínico Geral
- Psiquiatra
- Ginecologista
- Outras especialidades médicas
- Enfermeiro/Téc./Aux.
- Psicólogo
- Assistente Social

- Multiprofissional

- Saúde Mental
- CREAS
- Conselheiros
- CAPSi
- Judiciário
- APS (dois profissionais)
- CRAS
- APAE

- Não informado

A categoria “outras especialidades médicas” se referem à medicina do trabalho, cardiologia, neurologia, dermatologia, ortopedia, reumatologia e infectologia, reunidas na categoria “outras especialidades médicas”

Os encaminhamentos provenientes da APS foram classificados como multiprofissionais quando houve registro da participação de dois profissionais na decisão ou elaboração do encaminhamento. Essa identificação foi realizada a partir da análise das evoluções nos prontuários, considerando tanto registros simultâneos de profissionais distintos relacionados ao encaminhamento quanto descrições, em uma única evolução, de discussão do caso com outros membros da equipe, como médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, psicólogo ou assistente social.

Nos casos provenientes de serviços nos quais o encaminhamento resulta de processos institucionais ou de atuação de equipes técnicas, como CREAS, Conselho Tutelar, CAPSi, Poder Judiciário, CRAS e APAE, os encaminhamentos foram classificados como multiprofissionais, independentemente da identificação individual das categorias profissionais.

A categoria “não informado” refere-se aos casos em que não foi possível identificar a categoria profissional ou equipe que realizou o encaminhamento, em razão da ausência dessa informação nos prontuários.

4.4.2.3 Forma do encaminhamento

- Formal
 - Carta
 - Guia de Referência
 - Requisição
 - Ofício
 - Comunicação Interna
- Processual/Estratégica
 - Articulação em Rede
 - Matriciamento

- Informal
 - Contato Telefônico
 - Orientação Verbal
- Outros
- Não informado

A forma de encaminhamento “articulação em rede” pode acontecer de diversas maneiras, como por e-mail, contatos telefônicos, comunicação interna, reunião de rede e visitas domiciliares em rede. O contato telefônico aparece como forma de encaminhamento isolada, mas também combinado com outras formas de encaminhamento, motivo pelo qual o número de encaminhamentos ultrapassa o número total de usuários do estudo.

A categoria “outros” refere-se às seguintes formas de encaminhamento: boletim de alta, notificações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e encaminhamentos realizados por e-mail. Estes últimos não foram classificados como articulação em rede por se tratarem de comunicações pontuais, sem registro de discussão do caso, pactuação intersetorial ou construção compartilhada do cuidado entre os serviços.

A categoria “não informado” refere-se aos casos em que não foi possível identificar a forma de encaminhamento devido a ausência dessa informação nos prontuários.

4.4.2.4 Motivos dos encaminhamentos

A categoria “motivos dos encaminhamentos” englobou os sintomas e queixas relatados nos encaminhamentos. As descrições desses sintomas e queixas foram revisadas individualmente, considerando-se que um mesmo encaminhamento poderia apresentar mais de um motivo, e posteriormente agrupadas conforme a similaridade temática, originando categorias clínicas e psicossociais. Esse processo teve o objetivo de sintetizar as manifestações mais recorrentes e permitir uma análise comparável entre os casos. Os termos e descrições incluídos em cada categoria estão apresentados no quadro a seguir (Quadro 2).

Quadro 2 - Descrições dos motivos (queixas e sintomas) apresentadas nos encaminhamentos conforme as categorias criadas.

Categorias	Descrições incluídas
Sintomas ansiosos	Ansiedade, crise de pânico, medo excessivo, sensação de taquicardia, tremores, falta de ar, sudorese, nervosismo e outros.
Sintomas depressivos	Tristeza, choro fácil, apatia, desânimo, humor deprimido, pensamento negativo, desesperança, indisposição, perda de energia, sentimento de inutilidade, culpa e ideias de menos-valia.
Uso de álcool	Referências a uso abusivo de álcool, etilismo ou alcoolismo.
Uso de outras drogas	Uso de maconha, cocaína, crack ou menções genéricas a dependência química.
Alterações no sono	Insônia, insônia inicial, insônia terminal, hipersonia, e queixas relacionadas à qualidade do sono.
Alterações do apetite	Compulsão alimentar, perda de apetite e relatos sobre mudanças de peso.
Alterações Psicomotoras	Agitação, inquietação e lentidão psicomotora.
Irritabilidade/Impulsividade	Registrados dessa forma.
Angústia	Registrado dessa forma.
Prejuízos psicossociais	Dificuldades de funcionalidade, isolamento social e problemas nas relações interpessoais
Conflitos	Relatado como conflitos, questões ou dificuldades (pessoais, familiares, conjugais e/ou trabalho).
Sobrecarga	Termo “sobrecarga” registrado dessa forma (podendo se referir a demandas familiares ou profissionais), sobrecarga mental e esgotamento profissional.
Sintomas Psicóticos	Alucinações e/ou delírios
Sintomas Cognitivos	Esquecimentos, prejuízos de atenção, déficit intelectual, atraso no desenvolvimento e confusão mental.
Sintomas Somáticos/Neurológicos	Dores crônicas, sintomas conversivos, psicossomáticos, convulsões e síncope.
Oscilações de humor/Instabilidade Emocional	Oscilações de humor, instabilidade emocional, labilidade emocional, alterações de humor e descrições de períodos de euforia e humor deprimido.
Luto	Termo “luto” registrado exatamente dessa forma.
Auto/Heteroagressividade	Agressividade, crises de agressividade, automutilação, autolesão, comportamento agressivo, tricotilomania e os próprios termos de autoagressividade e heteroagressividade.
Pensamento de morte	Registrado dessa forma.
Ideação suicida	Registrado dessa forma.
Ideação suicida com planejamento	Registrado dessa forma.
Tentativa de suicídio	Registrado dessa forma.
Continuidade do Tratamento	Menções à necessidade de manutenção, retomada ou seguimento do acompanhamento.
Outros	Registros como: despersonalização/desrealização, pensamentos obsessivos, sentimentos de raiva, uso excessivo de medicação e alterações relacionadas à sexualidade.
Não Informado	Não havia registro de queixas ou sintomas.

Fonte: elaborado pela autora com base nas descrições contidas nos prontuários (2025).

4.4.2.5 Hipóteses Diagnósticas

Quanto às hipóteses diagnósticas, estas foram agrupadas conforme a Classificação Internacional de Doenças – 10ª revisão (CID-10). Os termos e descrições diversas presentes nos encaminhamentos foram reunidos em categorias maiores, preservando a lógica classificatória da CID-10, conforme o Quadro 3. Três exceções metodológicas merecem destaque: a categoria ‘transtornos do desenvolvimento intelectual’, criada para reunir registros dessa área com uma nomenclatura mais atual; o grupo ‘transtornos psicóticos’, criado para agrupar registros com descrições genéricas que não permitiam classificação específica na CID-10; e a categoria “burnout”, mantida como registro próprio devido à sua relevância clínica, mesmo não possuindo codificação específica na CID-10.

Quadro 3 - Hipóteses diagnósticas agrupadas em categorias, conforme a CID-10.

Categorias	Descrições incluídas
Episódio depressivo	F32, F32.1, F32.2, F32.3; transtorno depressivo; transtorno depressivo maior (TDM); transtorno depressivo grave; episódio depressivo em remissão; depressão leve; síndrome depressiva; episódio depressivo grave; depressão com ideação suicida; transtorno depressivo psicótico; depressão pós-luto.
Transtorno depressivo Recorrente	F33; transtorno depressivo recorrente; episódios depressivos recorrentes.
Transtornos do humor	F39; transtornos do humor não especificados.
Transtornos ansiosos	F41, F41.0, F41.2; transtorno de ansiedade generalizada (TAG); síndrome do pânico; pânico; transtorno misto de ansiedade e depressão; transtorno ansioso-depressivo; transtorno de ansiedade; transtorno de ansiedade não especificado; crise de ansiedade; quadro ansioso.
Transtorno afetivo bipolar	F31, F31.7, F31.9; transtorno afetivo bipolar; transtorno bipolar; TAB.
Transtornos de personalidade	F60, F60.3; transtorno de personalidade; transtorno de personalidade borderline; borderline.
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool	F10, F10.2; etilismo; alcoolismo.
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas	F19.2; dependência química; dependência de substância; uso de droga.
Reações ao estresse grave e transtornos de adaptação	F43.2; transtorno de estresse pós-traumático (TEPT); reações ao estresse; transtornos de adaptação.
Transtornos fóbico-ansiosos	F40, F40.1; transtornos fóbicos; transtorno de ansiedade social; fobia específica.
Transtorno dissociativo [de conversão]	F44; síndrome conversiva.
Esquizofrenia	F20; esquizofrenia; esquizofrenia paranoide.
Transtornos psicóticos	F23; F29; descrições genéricas de transtornos psicóticos; surtos psicóticos.
Transtorno do desenvolvimento intelectual	F70; F79; déficit intelectual; inteligência limítrofe; retardo mental leve; retardo mental não especificado.
Transtornos globais do desenvolvimento	F84; transtorno do espectro autista (TEA).
Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade	F90; F90.0; TDAH; transtorno de déficit de atenção e hiperatividade.
Transtorno de conduta	F91; F91.9; transtorno de conduta; comportamento opositor.
Epilepsia	G40; síndrome convulsiva.
Burnout	Registros com a descrição "burnout".
Outros	Diagnósticos que apareceram apenas uma vez nos encaminhamentos. Entre eles, destacam-se: F12, referente a "transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinoides"; tabagismo; F50.0, relativo à "anorexia nervosa"; F95.2, correspondente a "tiques vocais e motores múltiplos combinados [doença de Gilles de la Tourette]"; demência; e F06.3, referente a "transtornos do humor [afetivos] orgânicos".
Não informado	Não havia registro de queixas ou sintomas no encaminhamento.

Fonte: Elaborado pela autora com base nas descrições contidas nos prontuários (2025).

4.4.2.6 Tempo entre o encaminhamento e comparecimento no CAPS I

Já a variável “tempo entre o encaminhamento e o comparecimento no CAPS” corresponde ao intervalo, em dias, entre a data registrada no encaminhamento ao serviço e a data do primeiro acolhimento realizado no CAPS I. Esse tempo foi calculado a partir das informações disponíveis nos prontuários, considerando como marco inicial a data de emissão do encaminhamento e, como marco final, o dia em que o usuário foi acolhido pela equipe.

4.4.3 Variáveis relacionadas ao percurso assistencial do usuário no CAPS

As variáveis relacionadas ao percurso assistencial do usuário no CAPS compreenderam: Estratificação de Risco em Saúde Mental (ERSM), inserção para acompanhamento, número de acolhimentos realizados, o tipo de procura pelo serviço, o tempo de permanência e o desfecho assistencial.

4.4.3.1 Estratificação de Risco em Saúde Mental

- Unidade Básica de Saúde:
 - Sim
 - Não
- Centro de Atenção Psicossocial:
 - Sim
 - Não

A Estratificação de Risco em Saúde Mental foi verificada por meio do prontuário eletrônico, considerando-se o registro da aplicação da ferramenta na Unidade Básica de Saúde, previamente ao encaminhamento ao CAPS, e no Centro de Atenção Psicossocial, durante o acolhimento inicial. Cabe destacar que a análise se restringiu aos registros disponíveis no sistema informatizado utilizado pelo CAPS (que é o mesmo utilizado pela Atenção Básica), o qual permite acesso apenas às informações provenientes da APS e do CAPS. Assim, não foi possível verificar eventuais registros de estratificação realizados em outros serviços da rede.

4.4.3.2. Inserção para acompanhamento

- Sim
- Não

No contexto deste estudo, considerou-se como “inserção” a inclusão do usuário na rotina regular do CAPS, processo que ocorre após o acolhimento inicial e a avaliação psicossocial, quando se identifica a presença de um transtorno mental grave e/ou persistente, associado a maior complexidade clínica ou psicossocial e necessidade de seguimento contínuo pela equipe multiprofissional. Nesses casos, o usuário passa a ter um Projeto Terapêutico Singular (PTS) elaborado e é inserido nas atividades regulares do serviço. Usuários que não atendem a esses critérios recebem uma devolutiva e são direcionados a outros pontos da rede, conforme a necessidade.

4.4.3.3 Acolhimento

- Inicial
- 2º
- 3º
- 4º
- 5º

A variável “acolhimento” corresponde ao número de atendimentos iniciais registrados em prontuário para cada usuário. Essa variável expressa o número de vezes em que o usuário procurou o CAPS para iniciar ou reiniciar o atendimento ao longo do período analisado. Destaca-se que os acolhimentos posteriores ao inicial (2º, 3º, 4º e 5º) foram compreendidos como reacolhimentos e correspondem a usuários que retornaram ao serviço após perda de seguimento, não indicação prévia de PTS ou após alta. Além disso, os reacolhimentos foram analisados apenas nos casos em que o acolhimento inicial ocorreu antes de julho de 2023.

4.4.3.4 Tipo de procura

- Encaminhamento
- Demanda Espontânea
- Busca ativa pela equipe do CAPS

O tipo de procura refere-se à forma pela qual o usuário acessou o CAPS, sendo classificado conforme o registro em prontuário.

4.4.3.5 Tempo de permanência

- Não Continuidade

- ≤ 30 dias
- 31 – 90 dias
- 91 – 180 dias
- 181 – 365 dias
- > 365 dias
- Em acompanhamento

O tempo de permanência foi definido como o período compreendido entre a data do acolhimento no CAPS e o registro do desfecho assistencial. A categoria “não continuidade” refere-se a usuários que não deram seguimento após o acolhimento (0 dias), e a categoria “em acompanhamento” refere-se a usuários que permaneciam em tratamento até o término do período de observação (2 anos).

4.4.3.6 Desfecho Assistencial

- Abandono
- Alta
- Mudança de domicílio
- Em acompanhamento
- Outros

O desfecho assistencial corresponde à situação final do acompanhamento do usuário no CAPS, conforme registro em prontuário. O desfecho “abandono” foi definido como a situação em que o usuário permaneceu por três meses consecutivos sem participar de qualquer atividade ou atendimento do CAPS, sem registro de alta, transferência ou encaminhamento formal, caracterizando interrupção significativa do acompanhamento. A “alta” refere-se aos casos em que o acompanhamento no CAPS foi encerrado de forma planejada, após avaliação da equipe, com indicação de seguimento em outros pontos da rede ou conclusão do tratamento. A “mudança de domicílio” compreendeu os casos em que o usuário deixou de residir no território de abrangência do CAPS, inviabilizando a continuidade do acompanhamento no serviço. A categoria “em acompanhamento” incluiu os usuários que, ao final do período analisado, permaneciam em seguimento com PTS ativo no CAPS. Por fim, a categoria “outros” reuniu situações de óbito e seguimento em serviço privado.

4.5 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada em duas etapas complementares: uma etapa descritiva e uma etapa analítica.

Na etapa descritiva, as informações extraídas dos prontuários foram sistematizadas em planilhas eletrônicas e organizadas conforme as variáveis apresentadas anteriormente, com o objetivo de caracterizar os usuários, os encaminhamentos ao CAPS e o percurso assistencial no serviço. Foram utilizadas medidas de frequência absoluta e relativa para descrever a distribuição das variáveis estudadas.

Na etapa analítica, buscaram-se identificar os fatores associados à inserção para acompanhamento no CAPS e ao desfecho assistencial de abandono, considerando as variáveis sociodemográficas e clínicas. As análises estatísticas foram realizadas no GNU PSPP, versão 2.0.0 (Free Software Foundation), software livre compatível com o IBM SPSS Statistics, utilizando testes de associação e modelos de regressão logística binária, conforme descrito a seguir.

Para a etapa analítica, alguns dados precisaram ser reorganizados com o intuito de reduzir a dispersão e garantir maior consistência estatística. Para identificar os fatores associados à inserção, as variáveis incluídas foram: gênero, faixa etária, raça/cor, situação conjugal, situação social, histórico prévio de tratamento em saúde mental e motivos do encaminhamento. As variáveis incluídas na análise foram selecionadas a partir da revisão da literatura e da experiência prática da pesquisadora no campo da saúde mental, considerando os fatores que, na realidade do serviço, podem influenciar a inserção no CAPS.

As variáveis “gênero”, “faixa etária” e “histórico prévio de tratamento em saúde mental” foram mantidas conforme a organização utilizada na etapa descritiva, preservando as mesmas categorias de análise. A variável “situação social” também foi mantida em suas categorias originais, mas os registros classificados como “sem informação” foram excluídos da análise de associação, resultando em N = 509 para essa variável.

A variável “raça/cor” foi dicotomizada em branca e não branca, sendo esta última composta pelas categorias parda, preta, amarela e indígena. Essa recategorização foi adotada com o objetivo de reduzir a dispersão dos dados e garantir maior estabilidade estatística nas análises de associação, considerando o número reduzido de registros em algumas categorias originais. Apenas um registro foi classificado como “não informado” e excluído da análise, resultando em N = 707 para

essa variável.

A variável originalmente registrada como “estado civil” foi reagrupada e analisada sob a denominação de “situação conjugal”, categorizada em com companheiro(a) e sem companheiro(a). Foram considerados na categoria com companheiro(a) os usuários classificados como casado(a) ou amasiado(a), enquanto as categorias solteiro(a), divorciado(a) e viúvo(a) compuseram o grupo sem companheiro(a). As categorias “outros” e “não informado” foram excluídas dessa análise, totalizando N = 664 para a variável “situação conjugal”.

Na variável “motivo dos encaminhamentos”, adotou-se inicialmente um critério de reagrupamento para análise da associação entre a variável e os inseridos no CAPS (Tabela 12). Os dados foram reagrupados conforme a natureza clínica e psicossocial das queixas registradas: risco suicida (incluindo pensamentos de morte, ideação suicida, ideação com planejamento e tentativa de suicídio), sintomas psicóticos, uso de substâncias psicoativas (SPAs), sintomas depressivos e/ou ansiosos, continuidade de tratamento, outros motivos e sem informações.

Como um mesmo encaminhamento podia apresentar múltiplas queixas, aplicou-se, na Tabela 12, um critério de prioridade clínica, definindo uma única categoria por encaminhamento, respeitando a ordem acima. Assim, por exemplo, um caso que apresentava sintomas depressivos associados à ideação suicida foi classificado apenas na categoria de risco suicida. Esse critério visou evitar sobreposição de informações e permitir análises estatísticas mais consistentes sobre a associação entre o motivo do encaminhamento e a admissão para acompanhamento no CAPS.

No grupo “outros” foram incluídos todos os encaminhamentos que não apresentavam nenhuma das condições listadas nas demais categorias (risco suicida, sintomas psicóticos, uso de SPAs, sintomas depressivos/ansiosos e continuidade do tratamento). Por fim, as categorias “continuidade do tratamento” e “sem informações” foram mantidas conforme o agrupamento realizado na etapa descritiva. Nessa variável, optou-se por manter a categoria “sem informações” na análise de associação, por representar encaminhamentos que chegaram ao CAPS sem registro do motivo, constituindo um dado relevante sobre a qualidade do processo de referenciamento.

Para a etapa analítica subsequente, destinada a investigar a contribuição individual dos motivos de encaminhamento na admissão para acompanhamento no

serviço, optou-se por uma segunda forma de operacionalização dessa variável, apresentada na Tabela 13. Nesta etapa, os motivos foram convertidos em variáveis binárias, registradas como presença (1) ou ausência (0) para cada categoria citada, e não excludentes, permitindo que um mesmo encaminhamento fosse classificado simultaneamente em mais de uma categoria. Desse modo, preservou-se a multiplicidade das queixas e permitiu-se testar a associação específica de cada uma delas com o desfecho da admissão. Ademais, a categoria “outros” foi excluída dessa parte da análise por se tratar de um agrupamento heterogêneo e com baixo número de registros.

Para as análises de associação entre as variáveis, foi aplicado o teste do qui-quadrado de Pearson ou, quando indicado, o teste exato de Fisher. Em cada teste, considerou-se como hipótese nula a ausência de associação entre as variáveis analisadas e, como hipótese alternativa, a existência de associação. Adotou-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Para o modelo de regressão logística (Tabela 14), foram selecionadas variáveis com relevância clínica e assistencial para o processo de inserção no serviço, priorizando-se aquelas relacionadas às condições clínicas e ao histórico de cuidado em saúde mental, independentemente da significância estatística observada nas análises bivariadas. Além disso, os motivos dos encaminhamentos continuaram sendo utilizados como variáveis binárias e não excludentes, permitindo calcular o efeito independente de cada motivo sobre a probabilidade de admissão para acompanhamento no CAPS.

Na etapa voltada à análise dos fatores associados ao desfecho assistencial (abandono e não abandono), foram incluídas como variáveis independentes o gênero, a faixa etária, a raça/cor, a situação conjugal e os motivos do encaminhamento (risco suicida, uso de substâncias psicoativas e sintomas depressivos e/ou ansiosos), codificados como variáveis binárias e não excludentes.

A variável situação social e as demais categorias de motivo (outros, continuidade de tratamento e sem informações) não foram incluídas nessa etapa devido ao número reduzido de casos válidos e à presença de categorias com frequências muito pequenas, o que inviabilizaria a aplicação adequada dos testes de associação. Dessa forma, a seleção final das variáveis buscou equilibrar relevância teórica e estabilidade estatística, garantindo coerência entre os objetivos analíticos e as limitações do tamanho amostral disponível.

O desfecho assistencial foi analisado de forma dicotômica, classificando-se os registros como “abandono” ou “não abandono”. Foram incluídos na categoria “não abandono” tanto os casos em acompanhamento ativo no período final da análise quanto aqueles registrados como alta terapêutica, por representarem continuidade ou conclusão do cuidado. Essa recategorização foi adotada com o objetivo de ampliar o número de casos válidos e garantir maior robustez estatística à análise dos fatores associados ao desfecho assistencial.

Além disso, cabe ressaltar que o desfecho analisado correspondeu ao último registro disponível para cada usuário. Assim, nos casos em que o usuário apresentou mais de um episódio de atendimento, o desfecho final foi definido conforme o resultado mais recente. Por exemplo, um usuário que inicialmente abandonou o tratamento, mas posteriormente retornou e manteve acompanhamento ativo, foi classificado como não abandono. Os registros cujo desfecho foi classificado como “mudança de domicílio”, “óbito” ou “seguimento no particular” foram excluídos da amostra (N = 17), por não representarem continuidade ou conclusão do acompanhamento no CAPS, mas também não caracterizarem abandono do tratamento.

Para esta análise, os casos incluídos correspondem aos usuários encaminhados e acolhidos até junho de 2023 (N=369), e que, em algum momento do período analisado (2 anos), foram inseridos para acompanhamento no CAPS, seja no acolhimento inicial ou em um recolhimento posterior. Assim, após as exclusões descritas, o número final de casos incluídos na análise do desfecho assistencial foi de 223 usuários acompanhados pelo CAPS I no período estudado. A presente análise seguiu a mesma sequência descrita da análise anterior, apresentando as análises bivariadas e, posteriormente, os modelos de regressão logística binária.

Ademais, para orientar a análise das práticas, fluxos e resultados do trabalho, adotou-se como referencial analítico a distinção entre o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM) e o Paradigma Psicossocial (PPS). Essa distinção, amplamente discutida na literatura da Reforma Psiquiátrica Brasileira, permite identificar elementos que aproximam ou distanciam as práticas observadas do modelo psicossocial preconizado para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Dessa forma, com base em Shimoguri (2019), foi elaborado um quadro comparativo (Quadro 4), apresentado a seguir, que sintetiza as principais diferenças entre os dois paradigmas e fundamenta a interpretação dos resultados deste trabalho.

Quadro 4 - Comparação entre o PPHM e o PPS.

Dimensão	PPHM – Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador	PPS – Paradigma Psicossocial
Concepção de sujeito	Sujeito reduzido à patologia; visto como objeto da intervenção; passivo diante do saber médico.	Sujeito de desejo, reconhecido em sua singularidade; protagonista do processo de cuidado.
Foco da atenção	Doença, sintomas e controle do comportamento.	Sofrimento psíquico como experiência subjetiva e social.
Objetivo do cuidado	Normalização, adaptação social.	Produção de subjetividade e autonomia.
Métodos terapêuticos	Medicalização, internação, condutas disciplinares e normativas.	Dispositivos coletivos e clínicos que respeitam a singularidade: oficinas, psicoterapia, espaços de convivência.
Relação profissional–usuário	Verticalizada; o profissional detém o saber e conduz o tratamento.	Horizontalizada; o cuidado é construído em corresponsabilidade e escuta.
Modelo de gestão dos serviços	Centralizado, hierárquico, com baixa participação dos usuários e trabalhadores.	Cogestão e autogestão; participação ativa de usuários, trabalhadores e comunidade.
Organização institucional	Instituições fechadas, controle do tempo e do espaço.	Instituições abertas, circulação livre, vínculos e autonomia.
Concepção de saúde	Ausência de sintomas/doença.	Processo contínuo de produção de vida e subjetividade.
Concepção de cura	Restabelecimento da conduta “normal”; eliminação dos sintomas.	Implicação subjetiva e sociocultural do sujeito com sua própria existência e sofrimento.
Ética do cuidado	Disciplinar, normativa, excludente.	Ético-política, inclusiva, voltada à singularização.

Fonte: Elaborado pela autora com base em Shimoguiri (2019).

4.6 Aspectos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina para avaliação, tendo sido autorizado sob o Parecer nº 7.222.735 e CAAE 83776624.4.0000.5231 (Anexo B). A gestão do CAPS I de Ibiporã e a Secretaria Municipal de Saúde do município também foram informadas sobre o estudo, sua finalidade e o uso dos dados, concordando com a sua realização. Além disso, a identificação dos prontuários foi realizada apenas por códigos numéricos, de modo a garantir o anonimato dos usuários.

5 RESULTADOS

A análise contemplou um total de 708 prontuários de usuários encaminhados ao CAPS I de Ibitorã-PR, que passaram por acolhimento inicial no período de janeiro de 2021 a junho de 2025. Os dados foram organizados de acordo com os objetivos específicos do estudo, de forma a contemplar, inicialmente, as características sociodemográficas e clínica (histórico de tratamento em saúde mental) da população analisada.

Em um segundo momento, são apresentados os dados referentes ao encaminhamento: serviço de origem, profissionais ou equipes responsáveis, forma do encaminhamento, os principais motivos e as hipóteses diagnósticas. Além disso, também foi analisado o intervalo de tempo entre o encaminhamento e o acolhimento, e se foi realizado a Estratificação de Risco em Saúde Mental, na APS ou no CAPS.

Em seguida são discutidos aspectos relacionados ao percurso dos usuários dentro do CAPS, como a definição do Projeto Terapêutico Singular (PTS), o tipo de procura nos acolhimentos posteriores (quando houve), o tempo de permanência no serviço e os desfechos assistenciais. É importante ressaltar que essa última parte da análise, do tipo de procura, tempo de permanência e desfechos, considerou apenas os acolhimentos realizados até junho de 2023 (n=369), devido à disponibilidade completa dos dados referentes a essas variáveis.

Após a etapa descritiva, foi conduzida uma etapa analítica com o objetivo de identificar possíveis fatores associados à admissão para acompanhamento no CAPS, definida pela elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS), e, posteriormente, os fatores relacionados aos desfechos assistenciais dos usuários. Na primeira análise, foram considerados todos os 708 usuários encaminhados e acolhidos pelo CAPS I no período estudado. Já para a análise dos desfechos assistenciais, foram incluídos apenas os acolhimentos realizados até junho de 2023 (n=369).

Dessa forma, a Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas e clínica dos 708 usuários encaminhados ao CAPS I no período analisado. De acordo com a tabela, observa-se predomínio do sexo feminino, que representou quase dois terços da amostra (62,9%). Em relação à idade, a maioria se encontra na fase adulta jovem e intermediária: 34,3% tinham entre 18 e 29 anos e 35,3% entre 30 e 44 anos, totalizando 69,6% dos encaminhamentos. Quanto à raça/cor, a maioria dos usuários

se autodeclarou branca (69,8%), seguida por parda (24,9%), preta (4,4%) e amarela (0,8%). Não houve registro de usuários indígenas no período analisado, e em apenas um caso (0,1%) a informação não foi declarada. Quanto ao estado civil, mais da metade era solteira(o) (52,4%), enquanto 40,0% eram casados(as). Em relação ao histórico de acompanhamento em saúde mental, dois terços dos usuários (66,6%) já haviam tido algum contato prévio com serviços ou tratamentos da área em saúde mental, mesmo que fosse apenas medicamentoso e acompanhado por clínico geral.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e clínica dos usuários do CAPS I, Ibiporã-PR, 2021-2025

Variável	N	%
Gênero		
Feminino	445	62,9
Masculino	263	37,1
Idade		
18 - 29	243	34,3
30 - 44	250	35,3
45 - 59	146	20,6
60 anos ou mais	69	9,7
Raça/Cor		
Branca	494	69,8
Parda	176	24,9
Preta	31	4,4
Amarela	6	0,8
Indígena	0	0
Não informado	1	0,1
Estado Civil		
Solteiro(a)	371	52,4
Casado(a)	220	40,0
Amasiado(a)	14	2,0
Divorciado(a)	41	5,8
Viúvo(a)	18	2,5
Outros	31	4,4
Não informado	13	1,8
Histórico Prévio Saúde Mental		
Sim	472	66,6
Não	236	33,3

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

A Tabela 2 apresenta a situação social dos usuários encaminhados ao CAPS, bem como a área de trabalho daqueles que se observou possuir algum vínculo empregatício. Observa-se que a maior parte dos usuários eram trabalhadores, totalizando 310 casos (43,9%). As áreas de trabalho classificadas dentro da categoria “trabalhador” foram detalhadas no Quadro 1, descrito previamente na metodologia.

Além dos trabalhadores, observou-se que 51 usuários (7,2%) eram trabalhadoras do lar não remuneradas, e 43 (6,1%) estavam na condição de estudantes. Entre aqueles que se encontravam fora do mercado de trabalho, 53 (7,5%) declararam-se desempregados, 40 (5,7%) recebiam renda previdenciária ou assistencial e 17 usuários (2,4%) encontravam-se em situação de rua. Além disso, cabe destacar uma limitação dessa variável, já que em 199 casos (28,1%) a situação social não foi informada.

Tabela 2 - Situação social dos usuários encaminhados ao CAPS I, Ibiporã, PR, 2021-2025.

Situação Social/Área de trabalho	N	%
Trabalhador	304	43,1
Indústria/Produção	81	11,6
Serviços Gerais	51	7,2
Comércio	47	6,6
Construção	30	4,2
Transporte	22	3,1
Administrativo	19	2,7
Saúde	13	1,8
Educação	12	1,7
Segurança	6	0,8
Estética	5	0,7
Arte/Cultura	3	0,4
Autônomo	7	1,0
Outros	8	1,1
Desempregado	53	7,5
Do lar (atividade não remunerada)	51	7,2
Estudante	43	6,1
Renda previdenciária/assistencial	40	5,7
Em situação de rua	17	2,4
Não Informado	199	28,1
Total	708	100

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Em seguida, descrevem-se as características dos encaminhamentos o serviço de origem, o(s) profissional(ais) que encaminharam, a forma de encaminhamento, e o tempo entre o encaminhamento e o acolhimento no CAPS. Além disso, também foi observado se houve realização de Estratificação de Risco em Saúde Mental desse usuário, na UBS ou no CAPS.

A Tabela 3 apresenta a distribuição dos encaminhamentos ao CAPS segundo o serviço de origem, no período de 2021 a 2025. Conforme os dados, é possível

observar que a maior parte dos usuários foi encaminhada pela Atenção Primária à Saúde (APS), que correspondeu a 374 casos (52,8%). O segundo maior volume de encaminhamentos teve origem na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), com 71 casos (10,0%), seguido pelo Hospital Cristo Rei (Hosp. Cristo Rei), com 46 (6,5%). Além disso, destaca-se a baixa participação do Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), responsável apenas por 10 encaminhamentos (1,4%) no período analisado.

Tabela 3 - Serviços de origem dos encaminhamentos ao CAPS I, Ibiporã, PR, 2021-2025.

Serviço de origem	N	%
Atenção Primária de Saúde (APS)	374	52,8
Unidade Pronto Atendimento (UPA)	71	10,0
Hospital Cristo Rei	46	6,5
Centro de Referência Especializado em Assistencial Social (CREAS)	43	6,1
Conselho Tutelar	37	5,2
Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi)	34	4,8
Ministério Público / Poder Judiciário	30	4,2
Rede Privada	18	2,5
Pronto Atendimento / Hospital Geral (Londrina)	12	1,7
Centro de Referência em Assistência Social (CRAS)	10	1,4
Outros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	5	0,7
Hospital Santa Terezinha	4	0,6
Hospital Vida	3	0,4
Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE)	3	0,4
Comunidades Terapêuticas	2	0,3
Rede de Educação	2	0,3
Divisão e Gestão de Saúde Ocupacional (DGSO)	2	0,3
Departamento Estadual de Trânsito (DENTRAN-PR)	2	0,3
Outros	8	1,1
Não informado	2	0,3
Total	708	100

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

A Tabela 4 apresenta a distribuição das categorias profissionais ou equipes responsáveis pelos encaminhamentos ao longo dos anos analisados. Observa-se que a maior parte foi realizada por profissionais em atuação individual (encaminhamentos realizados sem a participação da equipe), que representaram 59,9% do total (n=424).

Dentro do grupo uniprofissional, destaca-se a atuação do clínico geral, responsável isoladamente por 45,2% dos encaminhamentos (n=320). Já as equipes multiprofissionais corresponderam a 33,9% dos encaminhamentos (n=240), com maior destaque para a equipe de saúde mental, com 9,7% (n=70). Os encaminhamentos oriundos da equipe do CRAS representaram apenas 1,4%.

Ao longo dos anos, pode-se observar que houve aumento dos encaminhamentos realizados pela equipe de saúde mental, que passou de 0,7% em 2021 para 17,9% em 2024, mantendo participação relevante em 2025 (14,9%). Entretanto, devido ao pequeno número de casos, não foi possível fazer uma análise de tendência. Cabe destacar que esses encaminhamentos provenientes das equipes de saúde mental têm origem na UBS de referência do usuário.

Tabela 4 - Categorias profissionais e equipes responsáveis pelos encaminhamentos ao CAPS I, Ibiporã-PR, 2021-2025.

Categoria Profissional / Equipe	ANO											
	2021		2022		2023		2024		2025		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Uniprofissional	99	64,8	70	57,2	107	57,2	111	62,0	37	55,2	424	59,9
Clínico Geral	64	41,8	48	39,3	89	47,6	93	52,0	26	38,8	320	45,2
Psiquiatra	2	1,3	2	1,6	0	0,0	3	1,7	1	1,5	8	1,1
Ginecologista	10	6,5	6	4,9	2	1,1	1	0,6	0	0,0	19	2,7
Outras especialidades médicas	8	5,2	2	1,6	5	2,7	1	0,6	2	3,0	18	2,5
Enfermeiro/Téc./Aux.	10	6,5	10	8,2	6	3,2	7	3,9	2	3,0	35	4,9
Psicólogo	4	2,6	1	0,8	5	2,7	5	2,8	6	9,0	21	3,0
Assist. Social	1	0,7	1	0,8	0	0,0	1	0,6	0	0,0	3	0,4
MultiProfissional	42	27,5	39	32,0	72	38,5	62	34,6	25	37,3	240	33,9
Saúde Mental ¹	1	0,7	4	3,3	23	12,3	32	17,9	10	14,9	70	9,9
CREAS	14	9,2	11	9,0	13	7,0	3	1,7	1	1,5	42	5,9
Conselheiros	5	3,3	5	4,1	17	9,1	6	3,4	4	6,0	37	5,2
CAPSi	12	7,8	6	4,9	6	3,2	6	3,4	4	6,0	34	4,8
Judiciário	3	2,0	4	3,3	7	3,7	9	5,0	6	9,0	29	4,1
APS (dois profissionais) ²	3	2,0	7	5,7	4	2,1	2	1,1	0	0,0	16	2,3
CRAS	3	2,0	2	1,6	2	1,1	3	1,7	0	0,0	10	1,4
APAE	1	0,7	0	0,0	0	0,0	1	0,6	0	0,0	2	0,3
Não informado	12	7,8	13	10,7	8	4,3	6	3,4	5	7,5	44	6,2
Total	153	100	122	100	187	100	179	100	67	100	708	100

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

¹equipe de saúde mental: formada por profissionais da APS e do CAPS, entre psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros, que ficaram responsáveis pelas ações de matriciamento.

²encaminhamentos classificados como "APS (dois profissionais)" referem-se a situações em que o prontuário indicava participação conjunta de dois profissionais da Atenção Primária à Saúde no processo de encaminhamento.

Em seguida, a Tabela 5 mostra as formas pelas quais os usuários foram encaminhados ao CAPS. A maior parte dos encaminhamentos ocorreu de maneira formal, totalizando 380 registros (52,7%). Dentro dessa categoria, a guia de referência foi utilizada em 172 registros (23,9%), seguida da carta com 168 casos (23,3%). Os encaminhamentos classificados como processuais ou estratégicos representaram 88 ocorrências (12,2%). A articulação em rede foi responsável por 20 registros (2,8%), enquanto o matriciamento concentrou 68 encaminhamentos (9,4%). Na categoria de encaminhamentos informais, foram identificados 135 casos (18,7%). A orientação verbal foi a mais frequente, totalizando 96 registros (13,3%), enquanto o contato

telefônico apareceu em 39 encaminhamentos (5,4%). Os encaminhamentos sem informação corresponderam a 115 ocorrências (16,0%) do total da amostra.

Além disso, ao analisar a distribuição das formas de encaminhamento ao longo dos anos, verifica-se que o matriciamento era uma estratégia pouco utilizada em 2021, aparecendo apenas uma vez nesse ano, mas que ganhou relevância nos anos seguintes, atingindo 12,1% em 2023 e chegando a 17,1% em 2024. Em 2025, manteve-se elevada, com 14,9% dos registros, considerando que esse ano teve dados analisado apenas até o mês de junho. Portanto, observou-se um aumento gradual, embora o teste de tendência não tenha sido realizado devido ao pequeno número de casos.

Tabela 5 - Formas de encaminhamento ao CAPS I, Ibiporã-PR, 2021-2025.

Forma do Encaminhamento	ANO											
	2021		2022		2023		2024		2025		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Formal	85	55,2	63	48,8	101	53,2	100	55,2	31	46,3	380	52,7
Guia de Referência	39	25,3	20	15,5	56	29,5	49	27,1	8	11,9	172	23,9
Carta	42	27,3	39	30,2	25	13,2	44	24,3	18	26,9	168	23,3
Requisição	3	1,9	4	3,1	13	6,8	1	0,6	3	4,5	24	3,3
Ofício	1	0,6	0	0	2	1,1	2	1,1	2	3,0	7	1,0
Comunicação Interna	0	0	0	0	5	2,6	4	2,2	0	0	9	1,2
Processual/Estratégica	6	3,8	7	5,4	29	15,3	35	19,3	11	16,4	88	12,2
Articulação em Rede	5	3,2	4	3,1	6	3,2	4	2,2	1	1,5	20	2,8
Matriciamento	1	0,6	3	2,3	23	12,1	31	17,1	10	14,9	68	9,4
Informal	31	20,1	36	27,9	29	15,3	25	13,8	14	20,9	135	18,7
Contato Telefônico	8	5,2	12	9,3	8	4,2	11	6,1	0	0	39	5,4
Orientação Verbal	23	14,9	24	18,6	21	11,1	14	7,7	14	20,9	96	13,3
Outros³	2	1,3	1	0,8	0	0	0	0	0	0	3	0,4
Não informado	30	19,5	22	17,1	31	16,3	21	11,6	11	16,4	115	16,0
Total	154	100	129	100	190	100	181	100	67	100	721	100

Fonte: Elabora pela autora (2025).

A Tabela 6 apresenta a distribuição dos motivos (queixas e sintomas) relatados nos encaminhamentos ao CAPS. Os sintomas ansiosos foram os mais frequentes, referidos em 236 casos (33,3%). Logo em seguida, aparecem os sintomas depressivos, registrados em 226 encaminhamentos (31,9%). O uso de substâncias também foi motivo relevante de encaminhamento. O uso de álcool foi relatado em 116 casos (16,4%), enquanto o uso de outras drogas ilícitas apareceu em 78 registros

(11,0%). Além disso, a continuidade do tratamento foi citada como um motivo em 45 encaminhamentos (6,4%), e os sintomas psicóticos em 37 (5,2%).

Entre os agravos relacionados ao risco de vida, destacam-se as tentativas de suicídio, presentes em 82 encaminhamentos (11,6%). O pensamento de morte foi registrado em 52 encaminhamentos (7,3%), a ideação suicida referida em 68 (9,6%), e a ideação com planejamento em 7 situações (1,0%). Por fim, em 114 encaminhamentos (16,1%) não havia informações registradas sobre os motivos, queixas ou sintomas.

Tabela 6 - Motivos relatados nos encaminhamentos ao CAPS I, Ibiporã-PR, 2021-2025.

Motivos¹	N	%²
Sintomas Ansiosos	236	33,3
Sintomas Depressivos	226	31,9
Uso de álcool	116	16,4
Tentativa de suicídio	82	11,6
Alterações no sono	80	11,3
Uso de outras drogas (ilícitas)	78	11,0
Ideação Suicida	68	9,6
Auto/Heteroagressividade	61	8,6
Pensamento de morte	52	7,3
Irritabilidade/Impulsividade	47	6,6
Angústia	38	5,4
Sintomas Psicóticos	37	5,2
Prejuízos Psicossociais	31	4,4
Conflitos	24	3,4
Alterações no apetite	21	3,0
Luto	17	2,4
Sintomas Somáticos/Neurológicos	14	2,0
Sintomas Cognitivos	14	2,0
Oscilações de humor/ Instabilidade Emocional	13	1,8
Sobrecarga	13	1,8
Alterações Psicomotoras	12	1,7
Ideação Suicida com planejamento	7	1,0
Continuidade do tratamento	45	6,4
Outros	11	1,6
Não informado	114	16,1

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

¹o mesmo encaminhamento pode apresentar mais de um motivo.

²percentuais calculados em relação ao total de usuários encaminhados ao CAPS (N = 708).

Já a Tabela 7 apresenta a distribuição das hipóteses diagnósticas registradas nos encaminhamentos. Em consonância com a tabela anterior, nota-se que a maioria dos registros se concentrou em “episódio depressivo” (116; 16,4%) e “transtorno ansioso” (113; 16,0%), que juntos representaram quase um terço do total de encaminhamentos. No entanto, é importante observar que a maior parte dos encaminhamentos não apresentou hipótese diagnóstica descrita (426; 60,2%), o que limita a caracterização clínica dos casos.

Tabela 7 - Hipóteses diagnósticas descritas nos encaminhamentos ao CAPS I, Ibiporã-PR, 2021-2025.

Hipótese Diagnóstica ¹	N	% ²
Episódio Depressivo	116	16,4
Transtorno Ansioso	113	16,0
Transtorno Afetivo Bipolar	20	2,8
Transtornos Mentais e Comportamentais devidos ao uso de álcool	18	2,5
Esquizofrenia	16	2,3
Transtorno do humor [afetivo]	9	1,3
Transtorno de Personalidade	9	1,3
Transtornos Mentais e Comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas	8	1,1
Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade	8	1,1
Transtorno do Desenvolvimento Intelectual	7	1,0
Transtorno Globais do Desenvolvimento	6	0,8
Transtornos Psicóticos	6	0,8
Reações ao Estresse Grave e Transtornos de Adaptação	5	0,7
Transtorno Depressivo Recorrente	3	0,4
Burnout ³	3	0,4
Transtorno Fóbico-Ansioso	3	0,4
Transtorno dissociativo [de conversão]	2	0,3
Transtorno de Conduta	2	0,3
Epilepsia	2	0,3
Outros	7	1,0
Não informado	426	60,2

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

¹o mesmo encaminhamento pode apresentar mais de uma hipótese diagnóstica

²as porcentagens foram calculadas tomando como base o número total de usuários encaminhados ao CAPS (N = 708).

³as hipóteses diagnósticas seguem a Classificação Internacional de Doenças – 10^a revisão (CID 10), com exceções descritas no método.

A tabela 8 e 9 são referentes à Estratificação de Risco em Saúde Mental (ERSM). Na tabela 9 é apresentado a frequência que foi realizada a estratificação e, na tabela 10, a sua pontuação. Conforme os dados, é possível afirmar que em todos os anos analisados (2021 a 2025), não houve registro da estratificação nos prontuários da UBS. Já no CAPS, 126 usuários (17,8%) foram submetidos à estratificação de risco (população considerada para a análise na tabela 10), considerando todo o período.

A realização da ERSM no CAPS I foi registrada em 17,0% dos casos em 2021, 0,8% em 2022, 30,5% em 2023, 10,1% em 2024 e 35,8% em 2025. Em relação à pontuação, a maioria dos usuários foi classificada como de baixo risco (65; 51,6%), seguida pelo risco médio (54; 42,9%). Apenas uma pequena parcela apresentou risco alto (7; 5,5%).

Tabela 8 - Frequência de registro, por ano, da Estratificação de Risco em Saúde Mental, nas UBS e no CAPS I, Ibiporã-PR, 2021-2025.

Ano	Serviço	Estratificação registrada (n, %)	Não registrada (n, %)	Total (n)
2021	UBS	0 (0)	153 (100,0)	153
	CAPS	26 (17,0)	127 (83,0)	153
2022	UBS	0 (0)	122 (100,0)	122
	CAPS	1 (0,8)	121 (99,2)	122
2023	UBS	0 (0)	187 (100,0)	187
	CAPS	57 (30,5)	130 (69,5)	187
2024	UBS	0 (0)	179 (100,0)	179
	CAPS	18 (10,1)	161 (89,9)	179
2025	UBS	0 (0)	67 (100,0)	67
	CAPS	24 (35,8)	43 (64,2)	67
Total CAPS*		126 (17,8)	582 (82,2)	708

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

¹percentual apresentado na linha foi calculado em relação ao total de usuários atendidos no CAPS no período (n=708).

Tabela 9 - Pontuação das Estratificações de Risco em Saúde Mental no CAPS I, Ibiporã-PR, 2021-2025.

Classificação de Risco	N	% ¹
Baixo (0-40)	65 (51,6)	51,6
Médio (42-70)	54 (42,9)	42,9
Alto (72-240)	7 (5,5)	5,5
Total	126	100

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

¹percentuais calculados em relação ao total de casos estratificados.

A Tabela 10 apresenta a distribuição do intervalo de tempo, em dias, entre o encaminhamento e o acolhimento dos usuários no CAPS. Observa-se que a maioria dos acolhimentos ocorreu em até 7 dias após o encaminhamento (415; 58,6%).

Tabela 10 - Intervalo de tempo (em dias) entre o encaminhamento e o acolhimento no CAPS I, Ibiporã-PR, 2021-2025.

Intervalo de tempo	N	%
≤ 7 dias	415	58,6
8–30 dias	86	12,1
31–60 dias	28	4,0
61–90 dias	11	1,6
> 90 dias	14	2,0
Não Informado	154	21,8
Total	708	100

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Nesse momento, após a descrição do perfil dos usuários e das características dos encaminhamentos e da trajetória na rede, foi realizada uma etapa analítica. Essa etapa consiste em identificar os possíveis fatores associados à inserção para acompanhamento no CAPS, definida pela elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Nessa etapa analítica, primeiramente, buscou-se verificar a existência de associação entre a inserção para acompanhamento no CAPS e as seguintes variáveis: gênero, faixa etária, cor/raça, situação conjugal, situação social, histórico prévio de cuidado em saúde mental e motivo do encaminhamento. As Tabelas 11 e 12 apresentam a distribuição dessas variáveis segundo os usuários inseridos e não inseridos, bem como os resultados do teste de associação entre elas.

Para essa análise, foram considerados todos os 708 usuários encaminhados e acolhidos pelo CAPS. Exceto para a variável “situação social”, em que foram excluídos 199 registros sem informação disponível, resultando em N = 509 para análise dessa associação. Além disso, as variáveis “cor/raça”, “estado civil”, “situação social” e “motivos do encaminhamento” foram reorganizadas conforme descrito na metodologia. Vale ressaltar também que a inserção analisada é referente ao primeiro contato com o serviço. Assim, reacolhimentos posteriores não foram considerados nessa etapa de análise. Do total de 708 usuários acolhidos, 423 (59,7%) foram

admitidos para acompanhamento e 285 (40,3%) não foram admitidos, recebendo orientações, devolutivas ou encaminhamento a pontos mais adequados da rede.

Verificou-se associação estatisticamente significativa entre inserção no CAPS I e as variáveis gênero ($p=0,001$), faixa etária ($p=0,002$), situação conjugal ($p=0,021$) e histórico prévio de cuidado em saúde mental ($p=0,001$). Os homens apresentaram maior proporção de inserção (68,1%) em comparação às mulheres (54,8%). Em relação à faixa etária, verificou-se maior proporção de usuários inseridos nas faixas etárias mais jovens, com redução progressiva dessa proporção conforme o aumento da faixa etária. Quanto à situação conjugal, entre os usuários com companheiro, 53,8% foram inseridos no CAPS I, enquanto entre aqueles sem companheiro essa proporção foi de 63,0%, indicando maior inserção no serviço entre usuários sem companheiro. Já os usuários com histórico prévio de cuidado em saúde mental foram inseridos em maior proporção (63,9%) do que aqueles sem histórico (51,3%).

Não foi verificada associação estatisticamente significativa entre a inserção no CAPS I e as variáveis raça/cor ($p=0,849$) e situação social ($p=0,064$). Entretanto, cabe destacar que algumas categorias dessas variáveis apresentaram frequências reduzidas, o que pode ter limitado o poder estatístico do teste e influenciado a ausência de significância observada.

Houve também associação significativa entre a inserção e o motivo do encaminhamento ($p<0,001$). Os usuários encaminhados por risco suicida (77,1%), uso de substâncias psicoativas (80,3%) e continuidade de tratamento (81,4%) apresentaram maiores proporções de admissão, enquanto aqueles encaminhados por sintomas depressivos e/ou ansiosos (38,5%) e não informado (40,4%) foram os que menos evoluíram para acompanhamento no serviço.

Tabela 11 - Associação entre variáveis sociodemográficas e a inserção de usuários para acompanhamento no CAPS I (N=708), Ibitorã-PR.

Variáveis	Total n (%) ¹	Inseridos n (%) ²	Não Inseridos n (%) ²	p-valor
Gênero				0,001
Feminino	445 (62,9)	244 (54,8)	201 (45,2)	
Masculino	263 (37,1)	179 (68,1)	84 (31,9)	
Total	708 (100,0)	423 (59,7)	285 (40,3)	
Idade				0,002
18 – 29	243 (34,3)	165 (67,9)	78 (32,1)	
30 – 44	250 (35,3)	149 (59,6)	101 (40,4)	
45 – 59	146 (20,6)	76 (52,1)	70 (47,9)	
60 anos ou mais	69 (9,7)	33 (47,8)	36 (52,2)	
Total	708 (100,0)	423 (59,7)	285 (40,3)	
Raça/cor³				0,849
Branca	494 (69,8)	294 (59,5)	200 (40,5)	
Não Branca	213 (30,2)	128 (60,3)	85 (39,7)	
Total	707 (100,0)	422 (59,7)	285 (40,3)	
Situação conjugal³				0,021
Com companheiro	234 (35,2)	126 (53,8)	108 (46,2)	
Sem companheiro	430 (64,8)	271 (63,0)	159 (37,0)	
Total	664 (100,0)	397 (59,8)	267 (10,2)	
Situação social				0,064 ⁴
Trabalhador	304 (59,7)	172 (56,6)	132 (43,4)	
Desempregado	53 (10,4)	34 (64,2)	19 (35,8)	
Trabalhadora do lar	52 (10,2)	26 (50,0)	26 (50,0)	
Estudantes	43 (8,4)	25 (58,1)	18 (41,9)	
Renda previdenciária/assistencial	40 (7,9)	19 (47,5)	21 (52,5)	
Situação de rua	17 (3,3)	15 (88,2)	2 (11,8)	
Total	509 (100,0)	291 (57,2)	218 (42,8)	

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

¹percentuais calculados em relação ao total de usuários (N=708).

²percentuais calculados em relação ao total de usuário da respectiva linha ou categoria.

³variáveis reagrupadas conforme descrito na metodologia.

⁴p-valor precisa ser interpretado com cautela devido à presença de célula com frequência <5

⁵valores de p foram obtidos pelo teste qui-quadrado de Pearson considerando significância estatística de $p < 0,05$.

Tabela 12 - Associação entre variáveis clínicas e a inserção de usuários para acompanhamento no CAPS I (N=708), Ibiporã-PR.

Variáveis	Total n (%) ¹	Inserido n (%) ²	Não Inseridos n (%) ²	p-valor
Histórico Saúde Mental				0,001
Sim	472 (66,6)	302 (63,9)	170 (36,1)	
Não	236 (33,3)	121 (51,3)	115 (48,7)	
Total	708 (100,0)	423 (59,7)	285 (40,3)	
Motivo do encaminhamento³				< 0,001
Risco suicida	188 (26,6)	145 (77,1)	43 (22,9)	
Sintomas psicóticos	22 (3,1)	13 (59,1)	9 (40,9)	
Uso de SPAs ⁴	117 (16,5)	94 (80,3)	23 (19,7)	
Sintomas depressivos/ansiosos	195 (27,5)	75 (38,5)	120 (61,5)	
Continuidade de tratamento	43 (6,1)	35 (81,4)	8 (18,6)	
Outros ⁵	29 (4,1)	15 (51,7)	14 (48,3)	
Não informado	114 (16,1)	46 (40,4)	68 (59,6)	
Total	708 (100,0)	423 (59,7)	285 (40,3)	

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

¹percentuais calculados em relação ao total de usuários (N=708).

²percentuais calculados em relação ao total de usuário da respectiva linha ou categoria.

³variável reagrupada com 1 único motivo por encaminhamento, conforme descrito no método.

⁴SPA: substâncias psicoativas.

⁵foram incluídos todos os motivos que não apresentavam nenhuma das condições anteriores.

⁶valores de p foram obtidos pelo teste qui-quadrado de Pearson considerando significância estatística de $p < 0,05$.

A fim de detalhar a variável “motivo do encaminhamento”, foi realizada uma análise individual de associação entre cada categoria e a admissão para acompanhamento, apresentada na Tabela 13. Nessa etapa, os motivos dos encaminhamentos foram codificados em variáveis binárias e não excludentes, conforme descrito na metodologia, e a categoria “outros” excluída. Observou-se associação estatisticamente significativa entre a admissão para acompanhamento no CAPS e os motivos: risco suicida ($p < 0,001$), uso de SPAs ($p < 0,001$), sintomas depressivos e/ou ansiosos ($p = 0,002$), continuidade de tratamento ($p = 0,011$) e não informado ($p < 0,001$).

Tabela 13 - Associação entre os motivos do encaminhamento e a inserção para acompanhamento no CAPS I (N = 708), Ibiporã-PR.

Motivos do encaminhamento	Total n (%) ¹	Inseridos n (%) ²	Não Inseridos n (%) ²	p-valor
Risco Suicida				< 0,001
Sim	188 (26,6)	145 (77,1)	43 (22,9)	
Não	520 (73,4)	278 (53,5)	242 (46,5)	
Sintomas psicóticos				0,092
Sim	37 (5,2)	27 (73,0)	10 (27,0)	
Não	671 (94,8)	396 (59,0)	275 (41,0)	
Uso de SPAs³				< 0,001
Sim	129 (18,2)	104 (80,6)	25 (19,4)	
Não	579 (81,8)	319 (55,1)	260 (44,9)	
Sintomas depressivos/ansiosos				0,002
Sim	353 (49,9)	191 (54,1)	162 (45,9)	
Não	355 (50,1)	232 (65,4)	123 (34,6)	
Continuidade de tratamento				0,011
Sim	45 (6,4)	35 (77,8)	10 (22,2)	
Não	663 (93,6)	388 (58,5)	275 (41,5)	
Não informado				< 0,001
Sim	114 (16,1)	46 (40,4)	68 (59,6)	
Não	594 (83,9)	377 (63,5)	217 (36,5)	

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

¹percentuais calculados em relação ao total de usuários (N=708).

²percentuais calculados em relação ao total de usuário da respectiva linha ou categoria.

³SPA: substâncias psicoativas.

⁴valores de p obtidos pelo teste qui-quadrado de Pearson, considerando significância estatística $p < 0,05$.

⁵motivos dos encaminhamentos codificadas como variáveis binárias e não excludentes.

Considerando as associações identificadas nas análises bivariadas e a relevância teórica e clínica das variáveis para o processo de admissão no CAPS, procedeu-se à regressão logística binária com o objetivo de identificar os fatores independentemente associados à inserção para acompanhamento no serviço (Tabela 14). Para essa etapa, os motivos do encaminhamento continuaram sendo utilizados como variáveis binárias e não excludentes, permitindo que um mesmo encaminhamento fosse classificado simultaneamente em mais de uma categoria, a fim de captar o efeito independente de cada condição clínica ou demanda sobre a probabilidade de admissão.

No modelo ajustado, mantiveram-se significativamente associadas à admissão

para acompanhamento no CAPS as variáveis: histórico prévio de cuidado em saúde mental, risco suicida, uso de SPAs e sintomas depressivos e/ou ansiosos. Usuários com histórico prévio de cuidado em saúde mental apresentaram 1,75 vez mais chances de inserção (OR=1,75; IC95%: 1,22–2,51; p=0,002). Os encaminhamentos por risco suicida e uso de SPAs aumentaram a chance de inserção em aproximadamente quatro vezes (OR=4,07; IC95%: 2,65–6,25; p<0,001) e 3,7 vezes (OR=3,72; IC95%: 2,04–6,78; p<0,001), respectivamente. Em contrapartida, os casos motivados por sintomas depressivos e/ou ansiosos apresentaram menor chance de inserção (OR=0,55; IC95%: 0,34–0,88; p=0,013). As variáveis “gênero”, “continuidade de tratamento” e “não informado” não mostraram associação significativa (p>0,05).

Tabela 14 - Modelo de regressão logística binária dos fatores associados à inserção para acompanhamento no CAPS I (N = 708), Ibiporã-PR.

Variável	OR	IC95%	p-valor
Gênero masculino ²	1,23	0,85 – 1,78	0,273
Histórico Saúde Mental	1,75	1,22 – 2,51	0,002
Risco suicida	4,07	2,65 – 6,25	< 0,001
Uso de SPAs	3,72	2,04 – 6,78	< 0,001
Sintomas depressivos e ansiosos	0,55	0,34 – 0,88	0,013
Continuidade do tratamento	2,31	0,99 – 5,39	0,053
Não informado	0,60	0,33 – 1,09	0,093

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

¹variável dependente: inserção para acompanhamento no CAPS I.

²categoria de referência: feminino.

³motivos do encaminhamento (risco suicida, uso de SPAs, sintomas depressivos/ansiosos, continuidade do tratamento, sem informações) codificadas como variáveis binárias e não excludentes.

⁴nível de significância de 5% (p < 0,05).

A partir deste ponto, serão analisados apenas os acolhimentos realizados até junho de 2023, uma vez que somente para esses usuários foi possível observar os novos contatos com o CAPS (considerando um período de dois anos), o tempo de permanência em tratamento e o desfecho assistencial. Nesse recorte, foram incluídos 369 prontuários.

A tabela 15 apresenta a distribuição desses usuários, segundo o número de acolhimentos realizados no CAPS e a definição de Projeto Terapêutico Singular (PTS). Observa-se que, no primeiro acolhimento, todos os 369 usuários foram atendidos, sendo que 222 (63,1%) casos tiveram PTS definido. Nos acolhimentos subsequentes, o número de usuários reduziu progressivamente. No segundo

acolhimento, 92 usuários retornaram, com definição de 55 PTS. No terceiro acolhimento, 33 usuários passaram pelo atendimento, com 19 PTS definidos. No quarto acolhimento, tiveram apenas 16 casos, com 11 PTS. E no quinto, 4 casos com 3 PTS. Apesar dessa redução no número absoluto de usuários a cada novo acolhimento, a proporção de definição de PTS manteve-se elevada, variando de 57,6% a 75,0% entre os diferentes acolhimentos.

Tabela 15 - Número de acolhimentos e inserções em acompanhamento no CAPS I dos usuários que passaram por acolhimento inicial até junho de 2023, Ibiporã-PR, 2021-2025.

Acolhimento ¹	Nº acolhidos (%) ²	Nº inseridos (%) ³
Inicial	369 (100)	222 (60,2)
2º	92 (24,9)	55 (59,8)
3º	33 (8,9)	19 (57,6)
4º	16 (4,3)	11 (68,7)
5º	4 (1,1)	3 (75,0)

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

¹os acolhimentos posteriores ao inicial (2º, 3º, 4º e 5º) só foram analisados daqueles que tiveram o acolhimento inicial antes de julho de 2023 e correspondem a usuários que retornaram ao serviço após perda de seguimento, não indicação prévia de PTS ou após alta.

²percentual calculado em relação ao total de usuários que passaram pelo acolhimento inicial até junho de 2023 (N=369).

³percentual calculado em relação ao número de usuários que chegaram a cada acolhimento (inicial: N=369; 2º acolhimento: N=92; 3º: N=33; 4º: N=16; 5º: N=4).

Com base nesses resultados, prossegue-se para a análise dos tipos de procura aos acolhimentos, do tempo de permanência em tratamento no CAPS e dos respectivos desfechos assistenciais. Ressalta-se que essas variáveis também foram avaliadas exclusivamente nos usuários com acolhimento inicial até junho de 2023 (N=369), possibilitando observar a trajetória desses indivíduos no serviço em um período de acompanhamento de dois anos.

Dessa forma, A tabela 16 apresenta o número de usuários que participaram dos acolhimentos subsequentes e a distribuição do tipo de procura nesses acolhimentos realizados no CAPS até essa data. Dos 369 usuários acolhidos inicialmente, 24,9% retornaram para um segundo acolhimento, 8,9% para um terceiro, 4,3% para um quarto e 1,9% chegaram a um quinto acolhimento.

No acolhimento inicial, todos os 369 usuários (100%) eram usuários previamente encaminhados ao CAPS, já que objetivo principal do estudo foi analisar especificamente esse grupo. Por esse motivo, não houve registros de procura

espontânea e busca ativa do serviço nesse primeiro acolhimento.

No segundo acolhimento, dos 92 usuários, 30 (32,6%) foram encaminhados, 39 (42,4%) procuraram espontaneamente o serviço e 23 (25,0%) foram reavaliados devido à busca ativa do CAPS. No terceiro acolhimento, entre 33 usuários, 9 (27,3%) foram encaminhados, 14 (42,4%) procuraram espontaneamente e 10 (30,3%) por busca do CAPS. No quarto acolhimento, dos 16 usuários, 3 (18,8%) chegaram por encaminhamento, 7 (43,8%) procuraram espontaneamente e 6 (37,5%) por busca do CAPS. No quinto acolhimento, dos 4 usuários, nenhum foi encaminhado, 3 (75,0%) procuraram espontaneamente e 1 (25,0%) por busca do CAPS.

Tabela 16 - Tipo de procura dos usuários nos acolhimentos iniciais (até junho de 2023) e nos reacolhimentos, Ibiporã-PR, 2021-2025.

Acolhimento	Nº de usuários	Encaminhamento	Espontânea	Busca do CAPS
	n (%) ¹	n (%) ²	n (%) ²	n (%) ²
Inicial	369 (100,0)	369 (100,0)	-	-
2º	92 (24,9%)	30 (32,6)	39 (42,4)	23 (25,0)
3º	33 (8,9%)	9 (27,3)	14 (42,4)	10 (30,3)
4º	16 (4,3%)	3 (19,7)	7 (43,8)	6 (37,5)
5º	4 (1,9%)	-	3 (75,0)	1 (25,0)

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

¹percentuais calculados em relação ao número total de usuários do acolhimento inicial.

²percentuais calculados em relação ao número de usuários que chegaram a cada acolhimento.

A fim de compreender com maior precisão o perfil dos usuários que retornaram ao serviço após o acolhimento inicial, realizou-se uma análise específica da situação no acolhimento anterior entre aqueles que passaram pelo segundo acolhimento. A Tabela 17 apresenta a distribuição desses usuários segundo a situação registrada no acolhimento inicial.

Conforme a Tabela, foi possível observar que, entre os 92 usuários que realizaram o segundo acolhimento, 30 (32,6%) não haviam sido admitidos no acolhimento inicial, enquanto 57 (62,0%) foram admitidos, mas posteriormente abandonaram o acompanhamento. Apenas 5 usuários (5,4%) foram classificados na categoria “outros”, composta por registros de alta e mudança de domicílio.

Tabela 17 - Situação no acolhimento inicial entre os usuários que realizaram o segundo acolhimento no CAPS I, Ibiporã-PR, 2021-2025.

Variável	n	%
Situação no acolhimento anterior		
Não admitidos no CAPS	30	32,6
Admitidos, mas abandonaram o acompanhamento	57	62,0
Outros ¹	5	5,4
Total de usuários que realizaram pelo menos o segundo acolhimento	92	100

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

¹inclui casos de alta e mudança de domicílio.

A Tabela 18 apresenta o tempo de permanência em tratamento no CAPS, considerando o número de PTS realizados após cada acolhimento. A análise do tempo de permanência em tratamento evidencia que uma parcela expressiva dos usuários não deu continuidade após o acolhimento com definição de PTS, correspondendo a 54 casos (24,3%) no acolhimento inicial, 16 (29,1%) no segundo, 6 (31,6%) no terceiro e 4 (36,4%) no quarto acolhimento.

Entre aqueles que permaneceram em acompanhamento, observa-se uma distribuição heterogênea ao longo dos intervalos de tempo, com maior concentração nos três primeiros períodos (até 180 dias). Contudo, parte dos usuários mantém vínculo prolongado com o serviço, com permanência superior a 2 anos. No acolhimento inicial, 24 casos (10,8%) ainda estavam em acompanhamento no serviço, 12 casos (21,8%) no segundo, 4 casos (21,0) no terceiro, e 4 (36,4) no quarto acolhimento.

Tabela 18 - Tempo de permanência em tratamento no CAPS I, conforme número de PTS realizados após os respectivos acolhimentos, Ibiporã-PR, 2021-2025.

Acolhimento	Nº de PTS	Não Continuidade n (%)	≤30 dias n (%)	31–90 dias n (%)	91–180 dias n (%)	181–365 dias n (%)	>365 dias n (%)	Em Acompanhamento n (%)
Inicial	222	54 (24,3)	39 (17,6)	39 (17,6)	31 (14,0)	20 (9,0)	15 (6,7)	24 (10,8)
2º	55	16 (29,1)	7 (12,7)	7 (12,7)	9 (16,4)	3 (5,5)	1 (1,8)	12 (21,8)
3º	19	6 (31,6)	1 (5,3)	3 (15,8)	2 (10,5)	2 (10,5)	1 (5,3)	4 (21,0)
4º	11	4 (36,4)	1 (9,1)	-	2 (18,2)	-	-	4 (36,4)
5º	3	1 (33,3)	2 (66,7)	-	-	-	-	-
Total	310	81 (26,1)	50 (16,1)	49 (15,8)	44 (14,2)	25 (8,1)	17 (5,5)	44 (14,2)

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

*percentuais foram calculados em relação ao número de PTS realizados em cada acolhimento/linha.

A tabela 19 apresenta os desfechos assistenciais dos usuários no CAPS, conforme o número de PTS realizados após os respectivos acolhimentos. No acolhimento inicial, observou-se predominância do abandono do tratamento, com 162 usuários (73,0%) não dando continuidade. Uma proporção menor obteve alta (21; 9,5%) ou mudou de domicílio (11; 4,9%), enquanto 24 (10,8%) permaneceram em acompanhamento até o término do período de observação.

Nos acolhimentos subsequentes, embora o número de PTS tenha sido menor, manteve-se o padrão de abandono precoce por parte de alguns usuários, mas também foram observadas proporções significativas de continuidade em acompanhamento. Por exemplo, após o segundo acolhimento, 12 usuários (21,8%) permaneciam em acompanhamento ativo, enquanto 40 (72,8%) abandonaram o tratamento. Tendências semelhantes foram observadas nos acolhimentos seguintes, com destaque para a predominância do abandono e, em menor escala, para a continuidade em acompanhamento.

Tabela 19 - Desfechos assistenciais do tratamento no CAPS I, conforme número de PTS realizados após os respectivos acolhimentos, Ibiporã-PR, 2021-2025.

Acolhimento	Nº de PTS	Abandono n (%)	Alta n (%)	Mudança de domicílio n (%)	Em acompanhamento n (%)	Outros n (%)
Inicial	222	162 (73,0)	21 (9,5)	11 (4,9)	24 (10,8)	4 (1,8)
2º	55	40 (72,8)	1 (1,8)	1 (1,8)	12 (21,8)	1 (1,8)
3º	19	12 (63,1)	-	3 (15,8)	4 (21,0)	-
4º	11	7 (63,6)	-	-	4 (36,4)	-
5º	3	3 (100)	-	-	-	-
Total	310	224 (72,3)	22 (7,1)	15 (4,8)	44 (14,2)	5 (1,6)

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

¹percentuais foram calculados em relação ao número de PTS realizados em cada acolhimento.

Em seguida, com o objetivo de analisar os fatores associados ao abandono, foram realizadas análises de associação entre o desfecho dos atendimentos (variável dependente) e as variáveis: gênero, risco suicida, uso de substâncias psicoativas e sintomas depressivos/ansiosos (Tabela 20). A variável “situação social” não foi incluída devido ao número reduzido de casos válidos e à presença de categorias com frequências muito pequenas, o que inviabilizaria a aplicação adequada dos testes de associação. Embora a variável “situação social” não tenha sido incluída na análise,

observou-se um dado relevante: todos os 13 usuários em situação de rua registrados no período abandonaram o acompanhamento.

Para esta análise, os casos incluídos correspondem aos usuários encaminhados e acolhidos até junho de 2023 (N=369), e que, em algum momento do período analisado (2 anos), foram inseridos para acompanhamento no CAPS, seja no acolhimento inicial ou em um recolhimento posterior. Casos cujo desfecho foi registrado como “mudança de domicílio”, “óbito” ou “seguimento no serviço particular” foram excluídos da amostra (N=17). Após a exclusão desses casos, a amostra final desta etapa foi composta por 223 usuários, entre eles, 158 (70,9%) apresentaram abandono do tratamento, enquanto 65 (29,1%) permaneceram em acompanhamento ou obtiveram alta terapêutica, sendo estes agrupados na categoria não abandono.

Conforme a Tabela 20, observou-se associação estatisticamente significativa entre o desfecho assistencial e as variáveis “gênero” ($p=0,025$) e “uso de SPAs” ($p=0,001$). Os homens apresentaram maior proporção de abandono (78,6%) em comparação às mulheres (64,8%). Da mesma forma, os usuários encaminhados por uso de substâncias psicoativas mostraram taxas mais elevadas de abandono (87,5%) em relação aos que não apresentavam essa condição (64,2%). Não foram observadas associações estatisticamente significativas entre o abandono e as variáveis faixa etária, raça/cor, situação conjugal, risco suicida e sintomas depressivos/ansiosos ($p>0,05$).

Tabela 20 - Associação entre variáveis sociodemográficas e clínicas e o desfecho assistencial dos usuários acompanhados pelo CAPS I (N=223), Ibitiporã-PR.

Variáveis	Total n (%) ¹	Abandono n (%) ²	Não Abandono n (%) ²	p-valor
Gênero				0,025
Feminino	125 (56,1)	81 (64,8)	44 (35,2)	
Masculino	98 (43,9)	77 (78,6)	21 (21,4)	
Faixa etária				0,306
18 – 29	76 (34,1)	51 (67,1)	25 (32,9)	
30 – 44	83 (37,2)	65 (78,3)	18 (21,7)	
45 – 59	43 (19,3)	28 (65,1)	15 (34,9)	
60 anos ou mais	21 (9,4)	14 (66,7)	7 (33,3)	
Raça/cor³				0,198
Branca	150 (67,6)	102 (68,0)	48 (32,0)	
Não Branca	72 (32,4)	55 (76,4)	17 (23,6)	
Situação Conjugal⁴				0,729
Com companheiro	61 (28,6)	44 (72,1)	17 (27,9)	
Sem companheiro	152 (71,4)	106 (69,7)	46 (30,3)	
Risco Suicida				0,470
Sim	66 (29,6)	49 (74,2)	17 (25,8)	
Não	157 (70,4)	109 (69,4)	48 (30,6)	
Uso de SPAs⁵				0,001
Sim	64 (28,7)	56 (87,5)	8 (12,5)	
Não	159 (71,3)	102 (64,2)	57 (35,8)	
Sintomas depressivos/ansiosos				0,353
Sim	86 (38,6)	64 (74,4)	22 (25,6)	
Não	137 (61,4)	94 (68,6)	43 (31,4)	

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

¹percentuais calculados em relação ao total de usuários (N=223).

²percentuais calculados em relação ao total de usuários da respectiva linha ou categoria.

³ Um caso classificado como “não informado” para raça/cor foi excluído da análise.

⁴ Dez casos classificados como “outros” ou “não informado” para situação conjugal foram excluídos.

⁵SPA: substâncias psicoativas.

⁴Valores de p obtidos pelo teste qui-quadrado de Pearson, considerando significância estatística de $p < 0,05$.

Com base nos resultados das análises bivariadas apresentadas na Tabela 20, realizou-se uma regressão logística binária para identificar os fatores que, independentemente dos demais, se mantiveram associados ao abandono do acompanhamento no CAPS (Tabela 21).

Na Tabela 21, observa-se que as variáveis “uso de substâncias psicoativas (SPAs)” e “sintomas depressivos e/ou ansiosos” apresentaram associação estatisticamente significativa com o desfecho de abandono do acompanhamento. Usuários encaminhados por uso de SPAs apresentaram aproximadamente 4,6 vezes mais chance de abandono do tratamento (OR = 4,66; IC95%: 1,88–11,53; $p = 0,001$). Da mesma forma, aqueles encaminhados por sintomas depressivos e/ou ansiosos apresentaram cerca de duas vezes mais chance de abandono (OR = 1,94; IC95%: 1,01–3,75; $p = 0,048$). As demais variáveis incluídas no modelo, gênero e risco suicida, não mostraram associação estatisticamente significativa com o desfecho ($p > 0,05$) nesse modelo ajustado.

Tabela 21 - Modelo de regressão logística binária dos fatores associados ao desfecho assistencial (abandono) dos usuários acompanhados pelo CAPS I (N = 223), Ibiporã-PR.

Variável	OR	IC95%	p-valor
Gênero (masculino) ²	1,42	0,72 – 2,82	0,312
Risco suicida	1,60	0,80 – 3,18	0,180
Uso de SPAs ³	4,66	1,88 – 11,53	0,001
Sintomas depressivos e ansiosos	1,94	1,01 – 3,75	0,048

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

¹variável dependente: abandono do acompanhamento.

²categoria de referência: feminino.

³SPAs: substâncias psicoativas.

⁴variáveis codificadas de forma binária e não excludentes.

⁵nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

6 DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo permitem uma análise sobre o perfil dos usuários encaminhados ao CAPS I de Iporã e sobre as dinâmicas que permeiam o fluxo de encaminhamentos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município. Além disso, os resultados também possibilitam compreender aspectos importantes da trajetória dos usuários na RAPS e os fatores associados à permanência no CAPS e ao abandono do tratamento.

Em relação às variáveis sociodemográficas, o presente estudo apresentou uma prevalência do sexo feminino, resultado encontrado em diversos estudos que englobam o perfil de usuários dos CAPS (BORBA *et al.*, 2017; PINHEIRO; SEHNEM; ROSA, 2017; MARTINS *et al.*, 2024; SOUSA; GARCIA, 2025). Conforme Souza e Garcia (2025), esse predomínio de mulheres pode estar associado a fatores sociais e culturais, como o modelo hegemônico de masculinidade. Tal modelo contribui para que os homens sejam menos propensos a expressar fragilidades emocionais e a buscar apoio nos serviços de saúde, enquanto as mulheres são incentivadas ao autocuidado e à expressão de sentimentos. Além disso, outro fator que pode estar relacionado é a sobrecarga de responsabilidade enfrentada pelas mulheres, no âmbito profissional e doméstico, o que as expõe a maiores níveis de estresse e sofrimento psíquico (MARTINS *et al.*, 2024).

Quanto à faixa etária analisada, observou-se que a maioria dos usuários se enquadrava no agrupamento de 30 a 44 anos. Resultados semelhantes foram identificados em outras pesquisas, como a de Pinheiro, Sehnem e Rosa (2017) que aponta média de idade de 42 anos entre os usuários de um CAPS. Enquanto outro estudo, apresentou predomínio do grupo de 31 a 40 anos (SILVA; LIMA; RUAS, 2020). Esses achados mostram uma maior procura pelos serviços por adultos em idade produtiva, o que pode estar relacionado às demandas decorrentes das responsabilidades laborais e dos desafios associados às pressões próprias desse período da vida (RIBEIRO; SANTOS; BARBOSA, 2021).

Outro achado relevante do presente estudo refere-se à situação social dos usuários encaminhados ao CAPS I. Embora 43,1% dos usuários estejam inseridos no mercado de trabalho, observa-se que essa proporção não se distancia de forma expressiva da soma das demais condições sociais identificadas, como desemprego, trabalho doméstico não remunerado, estudo, dependência de renda previdenciária ou

assistencial e situação de rua. Esse dado indica a coexistência de múltiplas formas de inserção e exclusão social entre os usuários encaminhados ao serviço. Além disso, destaca-se a elevada proporção de registros sem informação (28,1%), o que constitui uma limitação importante da variável e interfere na compreensão ampliada das condições de vida e das vulnerabilidades que atravessam o sofrimento psíquico, elemento central no paradigma psicossocial.

Ainda assim, entre os usuários inseridos no mercado de trabalho, as principais áreas de atuação foram os setores de indústria/produção, serviços gerais e comércio, atividades que frequentemente envolvem rotinas extenuantes, baixa remuneração e precarização das condições laborais. Nesse sentido, o trabalho não deve ser compreendido como fator de proteção em si, mas analisado à luz das condições concretas em que é exercido, reconhecendo seu papel como determinante social do sofrimento psíquico (SILVA; LIMA; RUAS, 2020).

A análise conjunta desses dados aponta para a centralidade da vulnerabilidade social como eixo estruturante da demanda por cuidado em saúde mental no território, expressa tanto pela precariedade das inserções produtivas quanto pelas situações de desemprego, dependência de benefícios assistenciais e extrema exclusão social. Embora o sofrimento mental atravesse diferentes classes sociais, observa-se maior impacto e persistência entre sujeitos expostos a contextos marcados por fragilidade socioeconômica, baixa escolaridade, vínculos familiares instáveis e redes de apoio limitadas. Esse cenário reforça a necessidade de estratégias de cuidado que articulem a RAPS a políticas sociais mais amplas, capazes de enfrentar os determinantes sociais do sofrimento psíquico e evitar respostas restritas à dimensão clínica (TONIN e BARBOSA, 2018).

Quanto à distribuição por raça/cor, observou-se que mais de dois terços da amostra se identifica como branca, o que se assemelha ao encontrado em outro estudo realizado na região sul (RODRIGUES, 2023). Sobre isso, é importante destacar o uso reduzido dessa variável nos estudos relacionados à saúde mental. Um fator que pode estar associado a isso seria o desconhecimento, por parte de pesquisadores da área da saúde, acerca da relevância dessa dimensão para a compreensão dos determinantes sociais do processo saúde/doença mental e das iniquidades étnico-raciais que o atravessam (SILVA et al, 2017).

Ainda sobre a variável raça/cor, chama atenção a ausência de registros de usuários indígenas entre os encaminhamentos analisados, dado que não pode ser

interpretado como inexistência de sofrimento psíquico nessa população, mas como expressão de processos históricos de exclusão, invisibilização institucional e barreiras de acesso aos serviços de saúde. A literatura aponta que os modelos hegemônicos de atenção em saúde mental, baseados em referenciais ocidentais e individualizantes, mostram-se limitados na apreensão de concepções indígenas de saúde e adoecimento, marcadas por uma compreensão holística e comunitária da vida, o que pode contribuir para a subnotificação e o não reconhecimento das demandas dessa população nos serviços da RAPS (BERNI, 2017).

Quanto ao estado civil, a maioria dos usuários encaminhados nesse estudo são solteiros, seguida por casados e divorciados. Esse dado também se assemelha ao estudo de Rodrigues (2023) realizado nos Centro de Atenção Psicossocial da região carbonífera, que apresentou a maioria dos indivíduos como solteiros, seguida por casados e divorciados. Outro estudo que também apresentou os solteiros como maioria foi o de Ribeiro, Santos e Barbosa (2021), realizado em um CAPS na cidade de Recife.

Em relação às variáveis que caracterizam o encaminhamento, a maioria deles teve origem nas UBS do município (52,8%). Resultados semelhantes foram observados em outros dois estudos realizados em CAPS I, nos quais a maior parte dos encaminhamentos também se originou das UBS (SOUZA; GARCIA, 2025; PINHEIRO; SEHNEM; ROSA, 2017). Esse achado reforça o papel central da APS na identificação precoce dos casos e na articulação com os serviços especializados, reafirmando sua função de porta de entrada preferencial do sistema e de coordenadora do cuidado no território, aspecto essencial para a integralidade da atenção psicossocial (SOUZA; GARCIA, 2025).

Entretanto, o grande número de encaminhamentos vindo da APS também pode significar possíveis fragilidades na RAPS: carência de profissionais de saúde mental na APS, insegurança no manejo desses casos e desconhecimento sobre as atribuições do CAPS no território (SOUZA; GARCIA, 2025). Tal perspectiva corrobora o estudo de Gama et al. (2021), no qual destaca a grande demanda de casos envolvendo saúde mental na APS que, somada à falta de capacitação e manejo das equipes, e às dificuldades na comunicação entre os serviços, contribui para a manutenção da lógica do encaminhamento.

Quanto aos profissionais que realizaram o encaminhamento dos usuários, verificou-se uma maior prevalência uniprofissional, tendo o Clínico Geral como o que

mais encaminha ao CAPS I. Sobre essa variável, não foi encontrado estudos que detalham quantitativamente quais os profissionais ou equipes que realizam os encaminhamentos ao CAPS. Contudo, essa informação pode refletir uma prática centrada no olhar clínico individualizado, o que vai ao encontro de Santos et. al. (2023), ao afirmar que a predominância do encaminhamento direto pode indicar um modelo de atuação ainda pautado na lógica biomédica e pouco orientado pela clínica ampliada.

Ainda sobre os profissionais que realizam o encaminhamento, pode-se observar que, entre os multiprofissionais, houve uma maior presença da Equipe de Saúde Mental, principalmente nos anos de 2023, 2024 e 2025. Em consonância com este dado, também foi possível observar, através dos resultados sobre as formas de encaminhamento, que o matriciamento ganhou maior relevância nos últimos três anos do estudo.

Dessa forma, este aumento do apoio matricial como ferramenta de articulação é um dado de grande relevância, que pode ser interpretado como um sinal de movimento da RAPS de Ibiporã em direção a uma rede mais integrada e menos fragmentada. Conforme aponta a literatura, esta estratégia difere significativamente da prática tradicional do encaminhamento, pois se baseia no trabalho compartilhado e na corresponsabilização entre os serviços. Enquanto o encaminhamento isolado tende a se limitar à simples transferência de casos, sem promover integração ou continuidade do cuidado, o apoio matricial favorece o diálogo, o compartilhamento de saberes e a articulação efetiva entre os pontos da RAPS (SANTOS et al, 2023).

Em continuidade à análise dos encaminhamentos, pode-se notar que houve poucos casos advindos da Rede de Assistência Social, especialmente do CRAS, que representou apenas 1,4% do total dos encaminhamentos. Aliado a isso, também é possível afirmar que a estratégia de “articulação em rede”, como as reuniões em rede e as visitas domiciliares em rede, é um recurso pouco utilizado para encaminhar os usuários ao CAPS. Esses dados podem refletir fragilidade na RAPS de Ibiporã, visto que a rede de assistência social é um setor com alto potencial de captar usuários em situação de vulnerabilidade psicossocial e de encaminhá-los ao CAPS quando necessário. Vale destacar que apenas a dinâmica dos encaminhamentos, por si só, não demonstra por completo a articulação intersetorial da rede do município. Ainda assim, a análise desses fluxos pode oferecer pistas importantes sobre as formas de comunicação, parceria e corresponsabilização que se estabelecem entre os diferentes

setores que atuam no cuidado integral dos usuários (TAÑO; MATSUKURA, 2019).

Esses resultados sobre a articulação intersetorial convergem com o estudo de Elias, Matsukura e Taño (2019), ao afirmarem que a efetivação do trabalho em rede e das práticas intersetoriais permanece como um desafio concreto nos serviços de saúde mental. Entre esses desafios encontrados, destacam-se: falta de articulação, comunicação e encaminhamentos; e resistência à intersetorialidade, disponibilidade profissional e pré-conceitos de profissionais (ELIAS; MATSUKURA; TAÑO, 2019). Ademais, Romagnoli *et. al.* (2017 *apud* ELIAS; MATSUKURA; TAÑO, 2019) trazem que a comunicação entre as equipes de saúde e da assistência social vem acontecendo, na maioria dos casos, de forma pontual.

Em relação aos motivos dos encaminhamentos, os sintomas ansiosos e depressivos foram os que tiveram maior número de registros. Em consonância com isso, as hipóteses diagnósticas mais presentes foram episódios depressivos, seguida dos transtornos ansiosos. Resultados semelhantes foram encontrados em outras pesquisas que tiveram o CAPS como objeto de análise. Como o estudo de Abreu *et. al.* (2024), que apresentou os episódios depressivos não especificados como o grupo de transtorno mais prevalente, e de Souza e Garcia (2025), que apontou os transtornos ansiosos, seguidos dos episódios depressivos, como hipótese diagnóstica principal.

Entretanto, também foram encontrados outros levantamentos com resultados diferentes, que destacaram a esquizofrenia como o transtorno mais frequente (PEIXOTO *et. al.*, 2017; PAIVA *et. al.*, 2019; BARBOSA *et. al.*, 2020; RIBEIRO; SANTOS; BARBOSA, 2021). Essa diferença pode ser explicada pelo fato de esses estudos serem mais antigos e, especificamente, terem sido realizados com amostras anteriores ao período da pandemia (SOUZA; GARCIA, 2025). Nesse cenário, o impacto da COVID-19 e das medidas de isolamento social podem ter alterado o panorama da saúde mental, ampliando a prevalência de sintomas ansiosos e depressivos na população geral e, conseqüentemente, influenciando o perfil dos usuários do CAPS (RAMOS *et al.*, 2021; SOUZA; GARCIA, 2025).

Outra possibilidade é que as mudanças observadas no perfil dos usuários atendidos pelo CAPS não estejam relacionadas apenas ao aumento dos casos de ansiedade e depressão, mas que também pode estar relacionada às fragilidades estruturais da RAPS. A percepção ainda recorrente de que a saúde mental é responsabilidade exclusiva dos serviços especializados, faz com que profissionais da

atenção básica considerem esses cuidados como uma sobrecarga. Essa compreensão contribui para a manutenção da lógica de encaminhamento e para a ampliação das demandas dirigidas aos CAPS que, diante da carência de retaguarda e da fragmentação das redes, passam a acompanhar casos que poderiam ser manejados na atenção básica (SOUZA; GARCIA, 2025).

Nessa mesma direção, Gonzaga e Nakamura (2015), ao analisarem os encaminhamentos aos CAPS III de Santos, apontam que a mudança no perfil da demanda do CAPS está relacionada, entre outros fatores, à elaboração inadequada dos encaminhamentos. Os autores observaram que muitos dos encaminhamentos eram percebidos pelos próprios profissionais como “equivocados” ou “indevidos”, com poucos dados e sem critérios específicos. Frequentemente motivados pela falta de escuta e pela pressa em se “livrar” do paciente, tal dinâmica foi descrita como produtora de uma “demanda voraz”, que contribui para a sobrecarga dos serviços e para a inversão de prioridades assistenciais, com o aumento de casos leves em detrimento dos casos graves (GONZAGA; NAKAMURA, 2015).

De forma semelhante ao observado por Gonzaga e Nakamura (2015), os resultados deste estudo também evidenciaram falhas no processo de encaminhamento. Verificou-se que 16,1% dos encaminhamentos não apresentavam registro dos motivos, queixas ou sintomas que justificassem a demanda, e que em 60,2% não constava a hipótese diagnóstica. Além disso, observou-se que nenhum dos encaminhamentos provenientes da APS foi acompanhado de estratificação de risco em saúde mental.

Quanto à estratificação, conforme apontado por Makiyama (2019), essa ausência reflete não apenas a falta de aplicação do instrumento específico, mas também limitações estruturais e organizacionais na Atenção Primária. A autora aponta que a carência de protocolos, o despreparo dos profissionais e a ausência de planejamento e coordenação do cuidado contribuem para a reprodução de um modelo biomédico e reativo, centrado na demanda espontânea e na medicalização do sofrimento. Esses aspectos comprometem o papel da APS como porta de entrada resolutiva e como ordenadora da rede de atenção em saúde mental (MAKIYAMA, 2019).

Ainda sobre o instrumento, observou-se que sua aplicação também ainda não é uma prática comum no CAPS I, visto que foi realizada em apenas 17,8% dos casos. Essa baixa utilização pode estar relacionada a desafios importantes para a

consolidação dessa prática. De acordo com o estudo de Lopes *et al.* (2019), entre as limitações apontadas, destacam-se o tempo reduzido destinado às consultas, a alta demanda de atendimentos e a complexidade dos termos técnicos que compõem o instrumento, os quais dificultam sua aplicação sistemática. Soma-se a isso a subjetividade na interpretação dos critérios, uma vez que diferentes formações e olhares profissionais podem levar a variações na classificação do risco, comprometendo a padronização e a comparabilidade dos resultados (LOPES *et al.*, 2019).

Em relação ao tempo entre o encaminhamento e o acolhimento no CAPS, os resultados mostraram que a maior parte acontece dentro de sete dias. Este dado se diferencia do que se observa na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), em que os usuários muitas vezes enfrentam longas listas de espera e processos regulatórios centralizados (Giannotti, Louvison e Chioro, 2025; FARIAS *et al.*, 2019). No CAPS, por ser um serviço de portas abertas, com acesso direto e facilitado, o acolhimento ocorre de forma mais imediata. Tal característica reafirma o papel do CAPS como ponto de atenção responsivo às demandas emergentes do território, o que reduz o tempo de espera e fortalece a lógica do cuidado em liberdade, tendo o acolhimento como eixo estruturante do modelo psicossocial (BRASIL, 2011).

Em relação à análise dos fatores associados à inserção para acompanhamento no CAPS, foram observadas associações significativas com algumas variáveis. Nas análises bivariadas, os homens apresentaram maior proporção de inserção (68,1%) quando comparados às mulheres (54,8%). Entretanto, no modelo ajustado, essa diferença de gênero não se manteve estatisticamente significativa, indicando que o efeito observado pode estar mediado por outros fatores clínicos. Esse resultado pode estar relacionado ao fato de os homens apresentarem quadros associados ao uso de substâncias psicoativas com maior frequência. Condição que, por si só, aumenta a probabilidade de inserção. Diversos estudos realizados em CAPS AD apontam essa predominância masculina e sua relação com o uso abusivo de substâncias (HORN, 2025; SANTANA *et al.*, 2020; MACHADO *et al.*, 2021; TREVISAN e CASTRO, 2017).

Algumas variáveis sociodemográficas, como faixa etária e situação conjugal, apresentaram associação nas análises bivariadas, porém não foram incluídas no modelo final, uma vez que o objetivo central foi avaliar o efeito independente das condições clínicas e do histórico de cuidado em saúde mental sobre a inserção no serviço. A variável raça/cor, por sua vez, não apresentou associação estatisticamente

significativa com a inserção, sugerindo que, neste contexto, o acesso ao acompanhamento no CAPS não se diferenciou segundo esse marcador sociodemográfico.

A variável “situação social” não apresentou associação estatisticamente significativa com a inserção, embora os usuários em situação de rua tenham mostrado proporção expressiva de ingresso (88,2%). Esse resultado, ainda que sem significância estatística, é relevante, pois sugere uma sensibilidade da equipe do CAPS para acolher situações de vulnerabilidade extrema, reconhecendo a complexidade social desses casos.

Quanto à variável “histórico prévio de tratamento em saúde mental”, foi encontrado associação significativa tanto na análise bivariada quanto na regressão binária. Tal dado sugere que experiências anteriores de cuidado podem colaborar para o ingresso do usuário no serviço, refletindo a recorrência de casos crônicos ou persistentes no território. Esse resultado é coerente com os pressupostos que orientam o funcionamento dos CAPS, voltados prioritariamente ao acompanhamento de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, que demandam acompanhamento contínuo, reabilitação psicossocial e articulação com a rede de atenção (BRASIL, 2011).

Sobre os fatores clínicos (motivos do encaminhamento), verificou-se que o “risco suicida” e “uso de substâncias psicoativas (SPAs)” aumentaram significativamente a probabilidade de inserção, o que indica a priorização desses casos no CAPS e elaboração de PTS. Já os encaminhamentos motivados por sintomas depressivos e/ou ansiosos apresentaram menor chance de inserção, o que pode refletir o entendimento de que esses sintomas se encaixam principalmente em casos leves e moderados, e devem ser acompanhados preferencialmente na APS, com apoio matricial.

Não foram identificados estudos que analisassem diretamente os fatores associados à inserção de usuários nos CAPS, o que evidencia uma lacuna na literatura sobre os critérios e determinantes que influenciam esse processo. Contudo, pesquisas apontam que os sintomas depressivos e ansiosos representam a principal demanda de saúde mental na Atenção Primária, configurando-se como queixas recorrentes que, na maioria das vezes, podem ser acompanhadas nesse nível de atenção com suporte matricial, sem necessidade de encaminhamento para os serviços especializados (GONZAGA e NAKAMURA, 2015; TAVARES et al., 2023).

Dessa forma, a expressiva proporção de encaminhamentos motivados por sintomas ansiosos e depressivos reforça a necessidade de qualificar o cuidado prestado pela APS e aprimorar os critérios de referência, fortalecendo a capacidade clínica das equipes e consolidando práticas regulares de matriciamento. Esse movimento contribui para evitar encaminhamentos desnecessários, otimizar o acesso ao CAPS e garantir fluxos mais coerentes com a lógica de funcionamento da RAPS e com os princípios do Paradigma Psicossocial.

A análise geral dos acolhimentos mostrou que, dos 708 usuários recebidos pelo serviço ao longo do período estudado, 423 (59,7%) foram inseridos para acompanhamento no CAPS I, enquanto 285 (40,3%) receberam orientações e/ou foram direcionados para outros pontos da RAPS. Quando observada especificamente a trajetória assistencial dos usuários acolhidos até junho de 2023 verificou-se um padrão semelhante: entre os 369 acolhidos nesse intervalo, 222 (60,2%) foram inseridos e tiveram o PTS construído. Esse comportamento se repetiu também nos acolhimentos subsequentes. Isso mostra que nem todos os usuários acolhidos permanecem para tratamento no CAPS, sendo parte deles direcionada para acompanhamento em outros pontos da rede de atenção, principalmente na APS.

Essa dinâmica reflete o funcionamento do acolhimento e das discussões de caso, nas quais a equipe avalia a complexidade clínica e psicossocial, identifica o grau de vulnerabilidade e as possibilidades de cuidado no território. Assim, o fato de parte expressiva dos usuários não evoluir para acompanhamento contínuo não indica desassistência, mas expressa a própria lógica do Paradigma Psicossocial, que prioriza o cuidado territorial, a integralidade e a articulação intersetorial.

Sobre isso, Gava (2018) afirma que “ser ‘porta aberta’ para o acolhimento inicial não necessariamente implica a inserção do usuário no serviço, assim como ‘porta aberta’ não é sinônimo de acessibilidade universal” (GAVA, 2018, p. 45). Essa constatação reforça que o acolhimento, embora essencial para garantir o acesso, não assegura por si só a continuidade do cuidado no serviço especializado, a qual depende de uma rede articulada, de fluxos de referência e contrarreferência bem estabelecidos e do fortalecimento do vínculo entre o usuário e a equipe (GAVA, 2018).

Em relação aos reacolhimentos, os resultados mostraram que uma parcela significativa (24,9%) dos usuários retorna para um segundo acolhimento, e parte deles ainda vivencia múltiplos retornos ao CAPS, caracterizando trajetórias assistenciais fragmentadas. Entre os usuários que retornaram, 32,6% não haviam sido inseridos

inicialmente, enquanto 62,0% tiveram o PTS realizado, mas abandonaram o acompanhamento. Esses achados sugerem que a maior parte dos recolhimentos ocorreu em um contexto de descontinuidade do cuidado. Embora o recolhimento também possa refletir a não resolutividade da demanda em outros pontos de atenção, os resultados indicam que, no contexto estudado, o retorno ao CAPS está principalmente relacionado à dificuldade de estabelecer vínculo e manter a continuidade terapêutica após a inserção, configurando um movimento de ida e volta que fragiliza o percurso assistencial.

É importante considerar que a maior proporção de retornos entre usuários previamente inseridos pode estar relacionada ao fato de que esse grupo representa o desfecho da maior parte dos casos acolhidos inicialmente. Assim, embora os dados indiquem uma forte relação entre abandono do acompanhamento e recolhimento, parte desse resultado decorre da própria distribuição dos usuários após o acolhimento inicial. Ainda assim, o fato de a maioria dos recolhimentos estar vinculada ao abandono do acompanhamento após a inserção evidencia uma fragilidade importante na manutenção do vínculo terapêutico, independentemente do tamanho inicial dos grupos.

Esses resultados podem estar relacionados tanto a fragilidades na sustentação dos vínculos quanto a um padrão de cuidado centrado na crise, no qual o CAPS tende a ser acionado principalmente nos momentos de maior gravidade. A tese de Bandeira (2020) indica que muitos usuários interrompem o acompanhamento após a estabilização da crise aguda, retornando ao serviço apenas diante de novo agravamento do sofrimento. Nesse sentido, é possível que o ciclo de “idas e vindas” observado neste estudo reflita uma dinâmica em que o CAPS é procurado sobretudo em contextos críticos, dificultando que o cuidado se consolide como um acompanhamento contínuo ao longo do tempo (BANDEIRA, 2020).

Ao mesmo tempo, é importante reconhecer que esse movimento de retorno não necessariamente expressa uma falha do serviço, mas a própria complexidade que marca os processos de vinculação em saúde mental. Lessa (2020) ressalta que a nova procura não deve ser interpretada como falha do serviço especializado, mas como manifestação das múltiplas dinâmicas envolvidas na construção do vínculo e da corresponsabilização do cuidado. Segundo a autora, “o retorno do usuário não se trata de uma ciência exata: cada novo acolhimento é um novo encontro, em que se (re)atualizam vínculos e possibilidades de corresponsabilização” (LESSA, 2020, p.

62). Nessa perspectiva, a não inserção imediata ou o reingresso posterior podem refletir tanto a complexidade das demandas apresentadas quanto os limites da rede em sustentar o cuidado compartilhado.

Quanto ao tipo de procura observada nos recolhimentos, notou-se que a busca espontânea é a forma mais frequente que os usuários utilizam para um novo contato com o serviço. Esse movimento demonstra, por um lado, a autonomia dos usuários na busca por acolhimento em momentos de crise ou sofrimento, e, por outro, pode sinalizar fragilidades na articulação entre os diferentes pontos da RAPS, especialmente na Atenção Primária.

Estudos recentes têm apontado que a demanda espontânea nos serviços especializados se torna uma via comum de acesso, representando uma “quebra dos fluxos” esperados de encaminhamento pela rede (SILVA, TREICHEL e ONOCKO-CAMPOS, 2025; PEREIRA, 2025; GONDINHO et al., 2018). Embora o acesso direto seja um dispositivo importante para garantir acolhimento em situações agudas, a baixa participação da Atenção Primária na ordenação do cuidado revela limitações em sua capacidade de identificar e manejar precocemente os casos, o que contribui para o agravamento dos quadros e a sobrecarga dos serviços especializados (SILVA, TREICHEL e ONOCKO-CAMPOS, 2025).

Em continuidade à análise da trajetória dos usuários, sobre o tempo de permanência e o desfecho assistencial no CAPS, verificou-se um padrão heterogêneo, com maior concentração de acompanhamentos de até seis meses, mas também presença de casos de longa duração. Entretanto, chama atenção o percentual expressivo de usuários que abandonam o tratamento, seja logo após o acolhimento ou em momento posterior. Dos 310 PTS construídos ao longo do período analisado, 224 (72,3%) foram interrompidos devido ao abandono do usuário e, desses, 81 (26,1%) foram após o acolhimento (inicial ou recolhimento).

Esse dado evidencia desafios de adesão e permanência no tratamento do CAPS I. Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo no CAPS III, realizado por Bandeira e Onocko-Campos (2021) em que foi identificada a descontinuidade do acompanhamento com frequência. Conforme as autoras, tal descontinuidade ocorre, dentre outros motivos, por fragilidades no PTS, vínculo/responsabilização insuficientes, percepções negativas sobre o ambiente do CAPS e falhas de escuta (BANDEIRA e ONOCKO-CAMPOS, 2021).

Ainda sobre a caracterização dos desfechos assistenciais no CAPS I de

Ibiporã, foi possível observar que 14,2% ainda estão em acompanhamento no serviço (com atualização do PTS a cada 6 meses) e 7,1% receberam alta do serviço, com seguimento na atenção primária. Dessa forma, os resultados revelam a existência de desafios quanto à adesão e continuidade do cuidado. Entretanto, a presença de casos resolutivos e vínculos sustentados, ainda que em menor proporção, expressam a capacidade do serviço de promover acompanhamento longitudinal e articulação com a rede de atenção.

Conforme Silva, Almeida e Amato (2019), a reflexão sobre a alta implica reconhecer que o encerramento formal do acompanhamento no CAPS não significa o término do cuidado, mas sim uma reconfiguração do percurso terapêutico. A alta deve ser compreendida como um processo relacional e compartilhado, em que o usuário participa ativamente da decisão, e no qual o vínculo não se rompe, mas se transforma em novas formas de acompanhamento no território. Segundo os autores, as dificuldades encontradas no processo podem estar associadas a divergências entre os profissionais, à situação social ou familiar do indivíduo, à insegurança e falta de autonomia do usuário, e falta de suporte e articulações com outros pontos da rede.

Em consonância com isso, Frazatto (2021) afirma que para entender o processo de alta, é necessário entender seus significados no contexto da atenção psicossocial. Nessa perspectiva, a alta deve ultrapassar a dimensão clínica, vinculada apenas à melhora dos sintomas e à estabilização medicamentosa, e ser compreendida como parte de um cuidado em rede, que se estende para além dos muros dos CAPS e favorece a circulação social do usuário. Quando a alta é baseada somente em critérios clínicos, distancia-se do princípio de autonomia que orienta o modelo psicossocial. Portanto, o desafio não está em “dar alta”, mas em sustentar o cuidado de forma compartilhada e contínua, evitando tanto a cronificação do vínculo institucional quanto a ruptura abrupta do acompanhamento (FRAZATTO, 2021).

Nesse sentido, a baixa proporção de altas formais observada no CAPS I de Ibiporã pode expressar tanto a cautela das equipes em garantir a continuidade do acompanhamento quanto a ausência de critérios consolidados para definir o momento oportuno da saída. Assim, mais do que indicador de desempenho, a alta deve ser analisada como um marco de transição no processo de cuidado, cuja efetividade depende da qualidade dos vínculos, da articulação em rede e da capacidade do serviço em apoiar o usuário na construção de autonomia fora do CAPS.

Por fim, na análise dos fatores associados ao abandono do acompanhamento

no CAPS, verificou-se associação significativa entre o abandono e as variáveis “gênero” e “uso de SPAs” na análise bivariada, e associação significativa entre o abandono e as variáveis “uso de SPAs” e “sintomas depressivos/ansiosos” na análise multivariada. Não foram observadas associações estatisticamente significativas entre abandono do acompanhamento e faixa etária, raça/cor, situação conjugal e risco suicida.

Em relação ao gênero, ainda que tenha perdido significância no modelo ajustado, notou-se que os homens apresentaram maior proporção de abandono (78,6%) em comparação às mulheres (64,8%). Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Bandeira, Treichel e Onocko-Campos (2021), realizado em um CAPS III, em que 58,6% dos usuários que abandonaram o tratamento eram do sexo masculino.

Essa resistência à busca e à permanência no cuidado pode ser compreendida à luz das construções de masculinidade hegemônica, já citadas nesse presente estudo, e fortemente associadas à autossuficiência, invulnerabilidade e controle emocional. Segundo Menezes, Barbosa e Santos (2025), a ideologia patriarcal e os padrões de masculinidade tradicional dificultam a expressão de emoções e a procura por suporte psicológico, fazendo com que o sofrimento masculino seja frequentemente silenciado e mascarado por comportamentos de risco, como o abuso de substâncias e atitudes impulsivas.

De modo complementar, Her et al. (2025) analisam o chamado “paradoxo do suicídio masculino”, mostrando que as normas de gênero rígidas e o estigma em torno da vulnerabilidade emocional atuam como barreiras simbólicas à busca por ajuda, aumentando a probabilidade de desfechos graves e a baixa adesão a tratamentos. Os autores destacam que, enquanto as mulheres tendem a expressar o sofrimento e buscar cuidado, os homens frequentemente o reprimem ou o manifestam por meio de comportamentos externalizantes, como agressividade e uso de álcool e outras substâncias psicoativas. Nesse sentido, a resistência masculina ao cuidado em saúde mental reflete não apenas uma questão individual, mas um fenômeno sociocultural que atravessa a subjetividade e as práticas de saúde.

Em relação ao uso de SPAs, os usuários encaminhados por esse motivo apresentaram quatro vezes mais chances de abandonar o tratamento. Estudos realizados em CAPS AD III reforçam esse achado, mostrando alto índice de descontinuidade entre os usuários do serviço (SANTANA et al, 2021; POSSATO et al,

2021). Segundo Possato *et al.* (2021), a baixa adesão se relaciona a múltiplos fatores, como vulnerabilidade social, ausência de suporte familiar e dificuldade de vínculo com a equipe. De modo convergente, Santana *et al.* (2021) afirmam que a permanência e a adesão constituem um percurso difícil de manter, uma vez que os usuários enfrentam obstáculos como lapsos, recaídas e ambivalência de sentimento em relação ao processo terapêutico. Entre as medidas sugeridas para enfrentar tais desafios, apontam estratégias de cuidado individualizadas, como busca ativa e construção de redes de apoio.

A variável “situação social” não foi incluída na análise de associação com o desfecho assistencial devido ao número reduzido de casos válidos e à presença de categorias com frequências muito pequenas, o que inviabilizou a aplicação dos testes estatísticos. Ainda assim, foi possível observar que todos os 13 usuários em situação de rua identificados no período analisado abandonaram o acompanhamento. Embora esse grupo represente um número reduzido da amostra, o resultado é expressivo e reforça a vulnerabilidade extrema dessa população no contexto do cuidado em saúde mental.

Em estudo realizado com pessoas em situação de rua em tratamento para álcool e outras drogas, Nascimento, Dantas e Fonseca (2021) identificaram que o abandono está relacionado a múltiplos fatores, entre eles o sentimento de exclusão social, a perda de vínculos familiares, o preconceito institucional e a baixa oferta de estratégias de cuidado adaptadas a essa população. As autoras destacam o papel do Consultório na Rua como estratégia fundamental para ampliar o acesso e fortalecer o vínculo desses usuários com a rede de atenção psicossocial, apontando a necessidade de investimento e continuidade das políticas públicas voltadas para essa população.

De forma geral, o abandono do acompanhamento no CAPS I de Ibiporã resulta de uma combinação de determinantes clínicos, sociais e culturais, que interagem e se potencializam mutuamente. A maior prevalência de abandono entre homens, o uso de substâncias psicoativas e as condições de vulnerabilidade extrema, como a situação de rua, configuram dimensões interdependentes que expressam tanto as fragilidades da rede de cuidado quanto os efeitos das desigualdades estruturais sobre a saúde mental. Tais resultados reforçam a necessidade de estratégias de cuidado que articulem o acolhimento ativo, a busca de usuários, o fortalecimento de vínculos e a atuação intersetorial, de modo a promover a continuidade do tratamento e a

corresponsabilização entre os diferentes pontos da rede e os próprios usuários.

7 CONCLUSÕES

As principais conclusões deste estudo foram:

- No período de 2021 a junho de 2025, 708 usuários foram encaminhados ao CAPS, sendo esse grupo composto predominantemente por indivíduos do sexo feminino (62,9%), com idade entre 18 e 44 anos (69,6%), autodeclarados brancos (69,8%), solteiros (52,4%) e inseridos no mercado de trabalho (43,1%).
- A APS foi a principal origem dos encaminhamentos (52,8%), com destaque para os clínicos gerais como profissionais que mais referenciaram usuários ao CAPS (45,2%). Foram observados baixos índices de encaminhamentos provenientes da rede de assistência social, principalmente do CRAS (1,4%).
- A maior parte dos usuários encaminhados já possuía histórico de tratamento em saúde mental (66,6%) e foram encaminhados principalmente devido a sintomas ansiosos (33,3%) e sintomas depressivos (31,9%). E as principais hipóteses diagnósticas foram: episódio depressivo (16,4%) e transtorno ansioso (16,0%).
- Os encaminhamentos apresentaram fragilidades importantes, com registros incompletos ou pouco qualificados, incluindo ausência de informações básicas sobre o motivo do encaminhamento.
- Nenhum encaminhamento utilizou a Estratificação de Risco em Saúde Mental (ERSM). No CAPS, a ERSM também foi realizada em número reduzido de acolhimentos (17,8%).
- O tempo entre o encaminhamento e o acolhimento inicial foi majoritariamente curto, com a maior parte dos usuários acolhidos em até sete dias.
- Em relação aos fatores associados à inserção, histórico prévio de cuidado em saúde mental, risco suicida e uso de SPAs aumentaram significativamente a probabilidade de inserção. Já os casos motivados exclusivamente por sintomas depressivos/ansiosos reduziram essa probabilidade.
- Dos 708 usuários encaminhados ao CAPS, 423 (59,7%) foram considerados casos de maior complexidade e inseridos para acompanhamento no serviço. Enquanto 285 (40,3%) receberam orientações, devolutivas ou encaminhamento a pontos mais adequados da rede.

- Verificou-se que 24,9% dos usuários do acolhimento inicial (até junho de 2023) passaram por pelo menos um segundo acolhimento, configurando trajetórias com *idas e vindas* ao CAPS. A demanda espontânea foi a principal forma de acesso ao CAPS nos reacolhimentos.
- A análise da trajetória assistencial revelou que a maioria dos acompanhamentos teve duração de até seis meses e que o abandono foi frequente: 72,3% dos PTS foram interrompidos por abandono, sendo 26,1% logo após o acolhimento (inicial ou reacolhimento).
- Quanto aos fatores associados ao abandono, o uso de SPAs aumentou significativamente as chances de abandono do tratamento.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho oferece contribuições relevantes tanto para o campo científico quanto para a organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no município de Ibiporã. Até o momento, poucos estudos haviam explorado, de maneira sistemática, os encaminhamentos direcionados ao CAPS. Assim, esta dissertação avança ao produzir novas evidências sobre como os usuários chegam ao serviço, quais fatores influenciam sua inserção e quais desfechos predominam, contribuindo para a ampliação do conhecimento sobre a trajetória assistencial de pessoas em sofrimento psíquico e para o destaque de aspectos centrais da articulação entre os diferentes pontos de atenção da rede.

O estudo também permitiu identificar fragilidades estruturais na RAPS, que influenciam a qualidade da atenção em saúde mental no território. A análise dos prontuários revelou que grande parte dos encaminhamentos chega ao serviço com informações incompletas, ausência de dados clínicos essenciais e sem a aplicação da Estratificação de Risco em Saúde Mental (ERSM). Tais resultados podem revelar limitações no trabalho da APS, principal origem dos encaminhamentos, e uma possível sobrecarga no CAPS com demandas que poderiam ser manejadas no nível primário.

Os efeitos de uma formação ainda fortemente biomédica reforçam a ideia de que o cuidado em saúde mental é responsabilidade exclusiva do nível especializado, levando muitos profissionais da atenção básica a não se sentirem preparados ou autorizados a manejar casos de sofrimento psíquico. Esse cenário cria condições favoráveis ao surgimento de práticas como a “empurroterapia”, a “cronificação” de transtornos mentais e a “hipermedicalização”, fenômenos que expressam tanto a desresponsabilização da APS quanto o distanciamento dos princípios do cuidado integral, territorial e comunitário previstos no Paradigma Psicossocial (MORAIS et al., 2021).

Apesar de os resultados mostrarem uma ampliação do apoio matricial ao longo do período analisado, as falhas estruturais revelam que essas iniciativas ainda ocorrem de forma irregular e insuficiente para qualificar todos os encaminhamentos e fortalecer o manejo dos casos de sofrimento psíquico na APS. Dessa forma, o presente estudo aponta para a necessidade de aprimorar o matriciamento no município, ampliando sua frequência, alcance e efetividade, de modo que ele funcione

como um dispositivo mais consistente de compartilhamento de cuidado, qualificação dos encaminhamentos e fortalecimento da resolutividade da APS. Investir na melhoria dessas práticas pode contribuir para a redução de encaminhamentos desnecessários, o apoio ao manejo dos casos de menor complexidade na atenção primária e o favorecimento de uma articulação mais integrada entre os pontos de atenção da rede (BEZERRA, 2022).

Outro elemento neste estudo que se destaca como fragilidade é o elevado número de abandonos identificados, o que demonstra dificuldades persistentes na sustentação do cuidado e na permanência dos usuários ao longo do acompanhamento. Além disso, a associação observada entre abandono e uso de substâncias psicoativas indica a presença de um grupo especialmente vulnerável, que enfrenta barreiras adicionais para manter a adesão terapêutica e requer estratégias de cuidado mais intensivas e articuladas no território.

De forma geral, a magnitude dos abandonos reforça a necessidade de fortalecer os mecanismos de acolhimento e de acompanhamento da continuidade do cuidado, bem como aprimorar as práticas de seguimento e articulação entre os serviços da rede, reconhecendo o vínculo como um componente fundamental para a permanência dos usuários nos serviços. Nesse sentido, a oferta de espaços de escuta contínua, a construção de Projetos Terapêuticos Singulares mais consistentes, a realização de busca ativa e a garantia de ambientes mais acolhedores aparecem como elementos centrais para sustentar esse vínculo e prevenir interrupções precoces do tratamento (BANDEIRA, 2020).

Em síntese, os resultados aqui apresentados tensionam práticas ainda marcadas pelo encaminhamento precoce, pela fragmentação e pela dificuldade de sustentar o cuidado ao longo do tempo. Assim, espera-se que esta pesquisa possa contribuir para orientar tanto decisões de gestão e aprimoramento das práticas assistenciais quanto para estimular a produção de novos conhecimentos voltados ao fortalecimento da RAPS no território.

No campo científico, estes resultados abrem caminhos para novas investigações, especialmente aquelas que aprofundem a experiência dos usuários em diferentes pontos da rede, considerando suas percepções e expectativas. Bem como a realização de pesquisas que explorem os determinantes da permanência em cuidado, buscando compreender tanto o que favorece a continuidade quanto o que leva ao abandono. Investigações dessa natureza podem oferecer elementos

importantes para o aprimoramento das práticas nos serviços da RAPS, ao revelar dimensões do cuidado que nem sempre são captadas por análises exclusivamente quantitativas ou centradas nos registros profissionais.

Mais do que mostrar fragilidades e apontar os aspectos da rede que necessitam de atenção e aprimoramento, esse estudo reafirma a importância de uma RAPS que reconheça as singularidades do sujeito e de sua trajetória, sustente os vínculos e produza cuidado de forma contínua, integral e vinculada ao território. Nessa perspectiva, os resultados aqui apresentados reforçam o Paradigma Psicossocial como horizonte indispensável para orientar práticas mais humanas, e comprometidas com a dignidade e a liberdade das pessoas em sofrimento psíquico.

9 REFERÊNCIAS

ABREU, B. A. D. *et al.*. Perfil dos usuários do CAPS III de VG. **Informe Epidemiológico**, n. 24, 2024. Univag, 04 fev. 2025. Disponível em: <https://www.periodicos.univag.com.br/index.php/InfEpidemio/article/view/2868>.

Acesso em: 13 out. 2025

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P. **A (clínica) e a reforma psiquiátrica**. In: AMARANTE, P. (Coord.) *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Nau, 2003.

AMORIM, A. K. M. A.; SEVERO, A. K. S. Saúde mental, cultura e arte: discutindo a reinserção social de usuários da Rede de Atenção Psicossocial. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 12, n. 2, p. 282–299, 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v12n2/07.pdf>. Acesso em: 11 maio 2024.

ARAÚJO, T. M.; TORRENTE, M. O. N. Saúde mental no Brasil: desafios para a construção de políticas de atenção e de monitoramento de seus determinantes. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 32, n. 1, Brasília, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/sHG86NSQNYMdLY5CxdBc3gN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 abr. 2024.

BANDEIRA, N. **Sofrimento psíquico, uso de psicofármacos e abandono do cuidado no caps: a experiência do usuário**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2020. Disponível em: https://oasisbr.ibict.br/vufind/Record/BRCRIS_ba5d84a7f5bd495b770942c2a5638a3b/Details. Acesso em: 9 nov. 2025.

BANDEIRA, N.; TREICHEL, C. A. dos S.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. Estudo sobre abandono e não adesão ao tratamento em Centros de Atenção Psicossocial. **Saúde em Debate** [online]. v. 44, spe 3, pp. 95-106, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E310>. Acesso em: 10 nov. 2025.

BANDEIRA, N.; ONOCKO-CAMPOS, R.. Itinerários terapêuticos de usuários que abandonaram o cuidado em Centros de Atenção Psicossocial (Caps-III). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 128, p. 91-104, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112807>. Acesso em: 2 nov. 2025.

BARBOSA, C. G. *et al.* Perfil epidemiológico dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. SMAD, **Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** 2020;16(1):1-8. DOI: <https://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.156687>. Acesso em: 13 out. 2025.

BARROS, S.; SALLES, M. Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. Esp. 2, p. 1780–1785, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/4w58WL6Dc66m8QzKwGDFtyD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 5 maio 2024.

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

BERMUDEZ, K. M.; SIQUEIRA-BATISTA, R. “Um monte de buracos amarrados com barbante”: o conceito de rede para os profissionais de saúde mental. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 904–919, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/mbcQKCWWqYDtdDzxsvyNfcv/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 25 maio 2024.

BERNI, L. E. V. Psicologia e saúde mental indígena: Um panorama para construção de políticas públicas. **Psicologia para América Latina**, n. SPE, p. 64-81, 2017. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1870-350X2017000200006&script=sci_arttext. Acesso em: 07 fev. 2026.

BEZERRA, E. N. R. Atenção psicossocial: ampliando o cuidado na construção de uma rede articulada em saúde mental. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 3, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i1.26634>. Acesso em: 15 nov. 2025.

BORBA, L. O. *et al.* Perfil do portador de transtorno mental em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 21, 2017. DOI: 10.5935/1415-2762.20170020. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/remo/article/view/49891/40604>. Acesso em: 5 out. 2025.

BRAGA, F. J. L.; SURJUS, L. T. L. S. Gestão da política de saúde mental no cotidiano: contribuições da análise da rede de Santos. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 14, n. 39, p. 107–129, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/80470/51215>. Acesso em: 4 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação-Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 4 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/diretrizes_e_dispositivos_da_pnh_1.pdf. Acesso em: 19 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 5 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012**. Altera a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do

SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sas/Links%20finalizados%20SAS%202012/prt0854_22_08_2012.html. Acesso em: 19 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrutivo técnico da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_tecnico_raps_sus.pdf. Acesso em: 26 maio 2024.

CUNHA, V. C. A.; ROSA, S. C.; CARVALHO, J. G. Núcleo de Apoio à Saúde Mental (NASME): ferramenta de vínculo para o apoio matricial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 14, n. 38, p. 132–145, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/77764/48711>. Acesso em: 8 jul. 2024.

DUTRA, V. F. D.; OLIVEIRA, R. M. P. Revisão integrativa: as práticas territoriais de cuidado em saúde mental. **Aquichan**, Bogotá, v. 15, n. 4, p. 529–540, out. 2015. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S165759972015000400008&script=sci_arttext. Acesso em: 8 maio 2024.

ELIAS, L. D. S.; MATSUKURA, T. S.; TAÑO, B. L. A construção da intersetorialidade nos serviços de saúde mental pela percepção dos trabalhadores da rede. **Anais do III Congresso de Saúde Mental da UFSCar**: artigos completos, São Carlos: Universidade Federal de São Carlos, 2021. p. 47–58. ISBN 978-65-990627-7-3. Disponível em: [https://congressosm3.faiufscar.com/anais#/.](https://congressosm3.faiufscar.com/anais#/) Acesso em: 12 out. 2025.

FARIAS, C. M. L. et al.. Tempo de espera e absenteísmo na atenção especializada: um desafio para os sistemas universais de saúde. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe5, p. 190-204, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S516>. Acesso em: 31 out. 2025.

FRAZATTO, C. F. Alta e cuidado no Caps I: o que mostram os prontuários? **Pesqui.**

prát. psicossociais, São João del-Rei , v. 16, n. 4, p. 1-13, dez. 2021. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082021000400010. Acesso em: 09 nov. 2025.

GAMA, C. V. R. *et al.*. Os profissionais da Atenção Primária à Saúde diante das demandas de saúde mental: perspectivas e desafios. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 26, e210643, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/ngR3KBLS6xBNvHGNGjscJ9S/?lang=pt>. Acesso em: 20 jul. 2025.

GAVA, C. A. D. G.. **Análise da demanda do Centro de Atenção Psicossocial III: dispositivo para pensar o fluxo da rede de saúde mental de Rio Claro-SP** . Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2018. Disponível em: <https://repositorio.unicamp.br/Acervo/Detalhe/1021753>. Acesso em: 02 nov. 2025.

GIOVANELLA, L.. *et al.* **Políticas e sistemas de saúde no Brasil** [online]. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/c5nm2/pdf/giovanella-9788575413494.pdf>. Acesso em: 5 mai. 2024.

GIANNOTTI, E. M.; LOUVISON, M.; CHIORO, A. Listas de espera na atenção ambulatorial especializada: reflexões sobre um conceito crítico para o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 41, n. 6, e00220724, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT220724>. Acesso em: 31 out. 2025.

GONDINHO, B. V. C. *et al.*. O referenciamento de usuários ao centro de atenção psicossocial álcool e drogas. **Revista de Saúde Pública do Paraná** [Internet]. 14dez.2018 [citado 4nov.2025];1(2):48-3. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/89>. Acesso em: 04 nov. 2025.

GONZAGA, N.; NAKAMURA, E.. Os significados dos encaminhamentos feitos aos CAPS III de Santos: a visão dos profissionais. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 1, p. 232–

243, jan. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/W6RShqGJ7Gzfn4ThjnxGyyK/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 15 out. 2025.

IBIPORÃ. CAPS Adulto. Ibiporã: Prefeitura Municipal de Ibiporã, [s.d.]. Disponível em: https://ibipora.pr.gov.br/pagina/1711_CAPS-ADULTO.html. Acesso em: 3 jun. 2025.

HER, W. S. *et al.* O peso invisível: estigma, saúde mental, e o paradoxo do suicídio masculino no contexto social contemporâneo. **Interference Journal**, v. 11, p 6181-6202, 2025. DOI: <https://doi.org/10.36557/2009-3578.2025v11n2p6181-6202>. Acesso em: 09 nov. 2025.

HORN, Nicolly. **Perfil epidemiológico dos pacientes com dependência química atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial do Rio Grande do Sul**. 2025. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Santa Cruz do Sul, 2025. Disponível em: <https://repositorio.unisc.br/jspui/handle/11624/4131>. Acesso em: 9 nov. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Ibiporã (PR). Rio de Janeiro: IBGE, [s.d.]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr/ibipora.html>. Acesso em: 3 jun. 2025.

LESSA, F. G.. **Acolhimento, vínculo e corresponsabilidade do cuidado : percepções sobre o retorno do usuário acolhido e não inserido em um CAPS III sob a ótica dos profissionais de saúde**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2020. Disponível em: <https://repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/1129100>. Acesso em: 02 nov. 2025.

LIMA, M.; DIMENSTEIN, M. O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 58, p. 625–635, jul. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/bf49QvWMZr9vcvqjbHndZtP/?lang=pt>. Acesso em: 7 jul. 2024.

LOPES, F. P. *et al.* Percepção dos enfermeiros sobre estratificação de risco em saúde mental e as ações de enfermagem. **R. Saúde Públ.** 2019 Jul;2(1):68-79. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/185/48>. Acesso em: 19 out. 2025.

MACHADO, A. de P. *et al.* Perfil dos usuários cadastrados em um Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (CAPS-AD). **Brazilian Journal of Health Review**, [S. l.], v. 4, n. 2, p. 7603–7609, 2021. DOI: 10.34119/bjhrv4n2-299. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/27792>. Acesso em: 09 nov. 2025.

MAKIYAMA, M. **Rede de cuidado em saúde mental em uma região de saúde do Paraná**. 141 páginas. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Campus Cascavel, Unioeste, 2019. Disponível em: https://tede.unioeste.br/bitstream/tede/5001/5/Marcia_Makiyama2019.pdf. Acesso em: 19 out 2025.

MARTINS, J. A. de A. *et al.* Análise do perfil sociodemográfico e de doenças mentais de pacientes atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 24, n. 4, p. e15602, 12 abr. 2024. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e15602.2024>. Acesso em: 5 out. 2025.

MENEZES, B. S.; BARBOSA, D. P. da C.; SANTOS, M. F. R. dos. A resistência dos homens em buscar melhorias na saúde mental: fatores e desafios que influenciam essa relutância. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**. São Paulo, v. 11, n. 10, out. 2025. DOI: doi.org/10.51891/rease.v11i10.21343. Acesso em: 09 nov. 2025.

MORAIS, L. G. de A. *et al.* Saúde mental: o papel da atenção primária à saúde. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.4, n.3, p. 10475-10489 mai./jun. 2021. DOI:[10.34119/bjhrv4n3-071](https://doi.org/10.34119/bjhrv4n3-071). Acesso em: 15 nov. 2025.

MORO, L. M.; FERREIRA, G. S.; ROCHA, K. B. Saúde mental na atenção básica:

análise das práticas de apoio matricial na perspectiva de profissionais. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 399–420, ago. 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180842812020000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 jul. 2024.

NASCIMENTO, G. A.; DANTAS, L. S.; FONSECA, R. M. Fatores associados ao abandono do tratamento entre pessoas em situação de rua em cuidado para álcool e outras drogas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 3, e20200845, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0845>. Acesso em: 09 nov. 2025.

OPAS. OMS destaca necessidade urgente de transformar a saúde mental e a atenção. **Organização Pan-Americana da Saúde**, 17 jun. 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao>. Acesso em: 9 jul. 2025.

PAIVA, R. P. D. N. *et al.* Análise do perfil de usuários atendidos em um centro de atenção psicossocial. **Journal Health NPEPS**. 2019 jan-jun; 4(1):132-143. ISSN 2526-1010. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/3360/2969>. Acesso em: 13 out. 2025.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. *Deliberação CIR n. 43, de 30 de novembro de 2023*. Atualiza o fluxo ambulatorial de saúde mental da 17ª Regional de Saúde. Londrina: SESA/PR, 2023. Disponível em: <https://www.eprotocolo.pr.gov.br/spiweb/validarDocumento>. Acesso em: 2 abr. 2025.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Instrutivo para aplicação do instrumento de estratificação de risco em saúde mental. Curitiba: SESA-PR, 2020. Disponível em: <https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@gff-escriba-sesa@43bbda91-2e97-4461-9799-bcd751927f3e&emPg=true>. Acesso em: 26 jul. 2025.

PARANHOS, R. et al. Uma introdução aos métodos mistos. **Sociologias**, v. 18, n. 42, p. 208–247, maio/ago. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/soc/a/WtDMmCV3jQB8mT6tmpnzKc/>. Acesso em: 16 abr. 2024.

PAULA, G. L. C. **Classificação de risco em saúde mental: implicações clínicas, éticas e sociopolíticas**. 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Federal do Ceará, Sobral, 2019. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/46662/3/2019_dis_glcpaula.pdf. Acesso em: 15 abr. 2024.

PEIXOTO, F. M. S. *et al.* Perfil epidemiológico de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial em Pernambuco, Brasil. **J. Health Sci.** [Internet]. 21º de julho de 2017 [citado 13º de outubro de 2025];19(2):114-9. Disponível em: <https://journalhealthscience.pgsscogna.com.br/JHealthSci/article/view/4014>. Acesso em: 13 out. 2025.

PEREIRA, C. E. G. D.. **Perfil dos usuários do CAPSi: aspectos sociodemográficos e nosológicos**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Nutrição) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Educação e Saúde, 2025. Disponível em: <https://dspace.sti.ufcg.edu.br/handle/riufcg/43657>. Acesso em: 05 nov. 2025.

PINHEIRO, L. P. **A construção compartilhada do cuidado em saúde mental entre Atenção Básica e Atenção Especializada**. 2023. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2023. Disponível em: <https://www.repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/1374685>. Acesso em: 20 jul. 2025.

PINHEIRO, S. R. P.; SEHNEM, S. B.; ROSA, A. P. Perfil epidemiológico dos usuários do centro de atenção psicossocial (caps i) do município de joaçaba. **Pesquisa em Psicologia** - anais eletrônicos, [S. l.], p. 171–180, 2017. Disponível em: https://periodicos.unoesc.edu.br/pp_ae/article/view/15444. Acesso em: 5 out. 2025.

POSSATO, R. de A. M. **Fatores associados à adesão ao tratamento em portadores de transtorno por uso de álcool e/ou outras drogas: um estudo longitudinal.** 2021. 141 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2021. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/entities/publication/6c8250c1-52f7-4fde-b9be-f47743f4d36a>. Acesso em 10 nov. 2025.

RAMOS, M. L. C. D. C. *et al.* Ansiedade e depressão: transtornos psiquiátricos mais prevalentes na pandemia da COVID-19. **Research, Society and Development**, [S. I.], v. 10, n. 15, p. e376101522509, 2021. DOI: [10.33448/rsd-v10i15.22509](https://doi.org/10.33448/rsd-v10i15.22509). Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/22509>. Acesso em: 13 out. 2025.

RIBEIRO, D. F.; SANTOS, H. L.; BARBOSA, C. P. Caracterização socioeconômica e demográfica de usuários com transtornos mentais em um centro de atenção psicossocial. **HumanÆ. Questões controversas do mundo contemporâneo**. v. 15, n. 2, (2021) ISSN: 1517-76021. Disponível em: <https://revistas.esuda.edu.br/index.php/humanae/article/view/611/197>. Acesso em: 5 jul. 2025.

ROCHA, M. N. T.; CALHEIROS, D. S.; WYSZOMIRSKA, R. M. A. F. O sistema de referência e contrarreferência em saúde mental sob a perspectiva do médico atuante na atenção primária. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 4, e50211427458, 2022. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i4.27458>. Acesso em: 19 jul. 2025.

RODRIGUES, J. A. **Análise do perfil sociodemográfico, condições de saúde e protagonismo dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da Região Carbonífera.** 2023. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2023. Disponível em: <http://repositorio.unesc.net/handle/1/10844>. Acesso em: 5 jul. 2025.

SALLES, M. M.; BARROS, S. Vida cotidiana após adoecimento mental: desafio para atenção em saúde mental. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 11–16, fev.

2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000100002>. Acesso em: 11 abr. 2024.

SALVADOR, D. B.; PIO, D. A. M. Apoio Matricial e CAPSi: desafios do cenário na implantação do matriciamento em saúde mental. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 246-256, 2016. DOI: 10.1590/0103-11042016111119. Acesso em 01 fev. 2026.

SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**. 2021. DOI: 10.1590/0102-311X00042620. Acesso em: 02 fev. 2026

SANTANA, R. T. et al.. Perfil dos usuários de CAPS-AD III. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 1, p.1343-1357jan./feb. 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/7228/6296>. Acesso em: 02 nov. 2025.

SANTOS, D. B. D. *et al.* Saúde mental e atenção básica: revisão integrativa sobre diálogos intra e intersetoriais. **Revista Brasileira de Saúde Funcional**, v. 11, n. 2 (suplementar), 2023. DOI: 10.25194/rebrasf.v11i2.1668. Disponível em: <https://adventista.emnuvens.com.br/RBSF/article/view/1668/1176>. Acesso em: 11 out. 2025.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T. O paradigma psicossocial: parâmetros mínimos para as práticas substitutivas ao paradigma psiquiátrico hospitalocêntrico medicalizador. **Revista de Psicologia da UNESP**, Assis, v. 18, n. esp., p. 198–216, dez. 2019. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442019000200011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 11 jul. 2025.

SILVA, A. P. *et al.* Os desafios da organização em rede na atenção psicossocial especializada: o caso do Recife. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 128, p. 66–80, jan. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/g9QdX8XZgXCVt4XphH4HvBx/>. Acesso em: 7 jul. 2024.

SILVA, E. O.; BAX, M. P. Uso de dicionários semânticos na estratificação de riscos em saúde mental. In: **Encontro Nacional de Pesquisa em ciência da informação** (ENANCIB), 22., 2022, Porto Alegre. *Anais...* Porto Alegre: ENANCIB, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/59669/2/Uso%20de%20dicion%3%a1rio%20sem%3%a2nticos%20na%20estratifica%3%a7%3%a3o%20de%20riscos%20em%20sa%3%bade%20mental.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2024.

SILVA, L. L. P. da; ALMEIDA, A. B. de; AMATO, T. de C. A perspectiva dos profissionais sobre o processo de alta de pacientes do Caps-AD: critérios e dificuldades. **Saúde em Debate** [online]. v. 43, n. 122, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912213>. Acesso em 09 nov. 2025.

SILVA, M. C.; TREICHEL, C. A. dos S.; ONOCKO-CAMPOS, R. T.. Itinerários terapêuticos compartilhados por usuários de serviços especializados de saúde mental: uma análise por clusters. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. v. 40, n. 11, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT052624>. Acesso em: 03 nov. 2025.

SILVA, N. G. et al.. O quesito raça/cor nos estudos de caracterização de usuários de Centro de Atenção Psicossocial1. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 100–114, jan. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017164968>. Acesso em: 5 jul. 2025.

SILVA, S. N.; LIMA, M. G.; RUAS, C. M.. Uso de medicamentos nos Centros de Atenção Psicossocial: análise das prescrições e perfil dos usuários em diferentes modalidades do serviço. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 7, p. 2871–2882, jul. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020257.23102018>. Acesso em: 05 jul. 2025.

SOUSA, K. M. R. de; GARCIA, B. N. *Perfil epidemiológico de um CAPS: impactos da pandemia de COVID-19*. **Cadernos ESP**, Fortaleza, v. 19, n. 1, p. e2080, 2025. DOI: 10.54620/cadesp.v19i1.2080. Disponível em: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/2080>. Acesso em: 5 out. 2025.

TAÑO, B. L.; MATSUKURA, T. S. Intersetorialidade e cuidado em saúde mental: experiências dos CAPSij da Região Sudeste do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, e290108, 2019. DOI: 10.1590/S0103-73312019290108. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2019.v29n1/e290108/pt/>. Acesso em: 12 out. 2025.

TAVARES, A. L. B. et al. Desafios e potencialidades na implantação de uma experiência de matriciamento em saúde mental na atenção primária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, 2023 Jan-Dez; 18(45):3726. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc18\(45\)3726](https://doi.org/10.5712/rbmfc18(45)3726). Acesso em: 10 nov. 2025

TREVISAN, E. R.; CASTRO, S. de S. Perfil dos usuários de centro de atenção psicossocial: uma revisão integrativa. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 41, n.4, 2017. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2017.v41.n4.a2375>. Acesso em: 09 nov. 2025.

TONIN, C. F.; BARBOSA, T. M. A interface entre Saúde Mental e Vulnerabilidade Social. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 11, n. 3, p. Pág. 50–68, 2018. DOI: 10.18569/tempus.v11i3.2281. Acesso em: 02 fev. 2026.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. 192 p. (Coleção Loucura & Civilização). ISBN 978-85-7541-195-7. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575413623>. Acesso em: 11 jul. 2025.

ANEXOS

ANEXO A - Estratificação de Risco em Saúde Mental (ERSM)

ESTADO DO PARANÁ Secretaria de Estado da Saúde – SESA Diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde - DAV Coordenadoria de Atenção à Saúde - COAS Divisão de Atenção à Saúde Mental - DVSAM			
ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL – VERSÃO REDUZIDA			
Nome do usuário: Ocupação:		Número de Prontuário:	
Nome e inscrição profissional:			
Serviço de saúde:		Data:	
Instruções de preenchimento: Devem ser consideradas as manifestações sintomáticas ocorridas somente nos últimos 12 meses			
SINAIS E SINTOMAS		NÃO	SIM
GRUPO I	Ansiedade com ou sem sensação de pânico	0	4
	Insônia ou hipersonia	0	2
	Fobia (medo intenso de algo sem risco real)	0	2
	Crises conversivas e/ou dissociativas	0	2
	Alterações do apetite ou comportamento alimentar	0	2
	Preocupação excessiva com o peso ou forma corporal	0	2
	Hipocondria e/ou queixas físicas infundadas	0	2
	Pensamento/comportamento obsessivo-compulsivo	0	2
	Pensamento de inutilidade e/ou sentimento de culpa	0	4
	Tristeza persistente com perda de interesse e prazer e/ou desesperança	0	4
	Prejuízo da atividade sexual	0	2
	Desorientação temporal e/ou espacial	0	2
GRUPO II	Ideação suicida sem planejamento	0	4
	Ideação suicida com planejamento ¹ ou recente tentativa de suicídio	0	10
	Apatia com ou sem isolamento social	0	4
	Humor instável com impulsividade ou destrutividade	0	6

	Heteroagressividade e/ou autoagressividade	0	8
	Desinibição social, sexual ou perda de pudor	0	4
	Hiperatividade motora	0	4
	Humor elevado, expansivo, irritável ou eufórico	0	4
	Delírio (pensamento)	0	8
	Alucinação (sensopercepção)	0	8
	Alteração do curso e/ou da forma do pensamento	0	6
	Perda da capacidade crítica da realidade	0	8
	Alteração da memória	0	2
	Delirium tremens	0	10

1 Caso o usuário apresente ideação suicida com planejamento e com acesso a um método, associado a um transtorno mental (especialmente depressão ou abuso de substâncias), desespero, presença de delírio ou alucinação ele deverá ser encaminhado imediatamente a serviço de urgência.

GRUPO III	Sinais ou sintomas de abstinência ao uso continuado de álcool e/ou drogas	0	8
	Incapacidade de redução e controle do consumo de álcool e/ou drogas	0	8
	Comportamento de risco, para si ou terceiros, sob efeito de álcool e/ou drogas	0	8
	Tolerância ao efeito do consumo de álcool e/ou drogas	0	6
	Uso abusivo de álcool e/ou drogas	0	8
GRUPO IV	Dificuldade de compreender e/ou transmitir informação verbal manifesta no desenvolvimento infantil.	0	4
	Movimentos corporais ou comportamentais repetitivos, bizarros ou paralisados	0	4
	Dificuldade para adquirir e desenvolver as habilidades escolares	0	4
	Dificuldade para adquirir e desenvolver as habilidades motoras	0	4
	Severa dificuldade na interação social e às mudanças na rotina	0	8
	Desatenção com interrupção prematura de tarefas e/ou deixando tarefas inacabadas	0	2
	Comportamento provocativo, desafiador e/ou opositor persistente	0	6

	Comportamentos ou reações emocionais que não correspondem ao esperado para a idade biológica	0	4
GRUPO V	Resistência, refratariedade, não adesão ao tratamento	0	4
	Recorrência ou recaída (após 2 meses de remissão dos sintomas)	0	4
	Exposição continuada ao estresse ou evento traumático	0	4
	Precariedade de suporte familiar e/ou social	0	4
	Testemunha de violência	0	2
	Autor ou Vítima de violência interpessoal	0	6
	Perda da autonomia	0	6
	Perda da capacidade funcional/ocupacional devido agravo de saúde	0	4
	Vulnerabilidade social	0	2
	Histórico familiar de transtorno mental / dependência química / suicídio	0	2
	Comorbidade ou outra condição crônica de saúde	0	4
	Faixa etária < 18 anos e > de 60 anos	0	6
	Abandono e/ou atraso escolar	0	2
	PONTUAÇÃO	RISCO	
0 a 40	BAIXO RISCO	PONTUAÇÃO TOTAL:	
42 a 70	MÉDIO RISCO	ESTRATIFICAÇÃO:	
72 a 240	ALTO RISCO		
Condições Especiais	Gestação e maternidade recente(há menos de um ano); grupos vulneráveis (ex: indígena, LGBTQIA+, migrante, pessoa em situação de rua, população exposta a agrotóxicos),deficiência intelectual moderada ou severa.		
Eventos agudos	Tentativa de suicídio; crise; surto psicótico.		

Autoria: Aline Pinto Guedes, Débora de F. Guelfi Waihrich, Flávia Caroline Figel, Júlia Eliane Murta, Larissa Sayuri Yamaguchi, Maristela da Costa Sousa, Rejane Cristina Teixeira Tabuti, Suelen Leticia Gonçalo, Vanessa Carvalho de Souza Leal, Wladimir Cid Bastos Gonçalves.

Colaboradores: técnicos das Regionais de Saúde do Estado do Paraná e COSEMS.

ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Cuidado Integral na Rede de Saúde Mental: um estudo sobre os encaminhamentos referenciados ao CAPS.

Pesquisador: LUISA GUEDES DI MAURO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 83776624.4.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.222.735

Apresentação do Projeto:

O projeto descreve e analisa os encaminhamentos ao CAPS I de Ibitiporã-PR, de forma a compreender como esses processos refletem na Integração na Rede de Atenção Psicossocial (RAPPS). Trata-se de um estudo descritivo-analítico, retrospectivo e de abordagem quantitativa. Ele será realizado no CAPS I do município de Ibitiporã-PR, e os dados coletados de prontuários contidos no sistema utilizado pela secretaria de saúde (onde também já consta o sistema de referenciamento). Os prontuários analisados serão daqueles usuários que passaram por acolhimento no serviço durante o período de 2023 e 2024. Não há critério de exclusão, e os dados incompletos serão classificados como não informado. Para análise dos dados, vão ser utilizadas as frequências absolutas e relativas, além de medidas estatísticas descritivas. Será realizado também uma análise da frequência dos encaminhamentos e de suas respectivas origens. Assim como testes e medidas de associação para analisar variáveis do encaminhamento que se relacionam a permanência dos usuários no CAPS.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Descrever e analisar os encaminhamentos que chegam ao CAPS I e o que eles revelam sobre a Integração na Rede de Atenção Psicossocial do município de Ibitiporã-PR.

Objetivo Secundário: Caracterizar o perfil dos usuários encaminhados ao CAPS segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e clínicas; Caracterizar os encaminhamentos

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-070

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br

Continuação do Parecer: 7.222.735

realizados segundo variáveis do serviço de origem e do profissional responsável pelo encaminhamento;Caracterizar os serviços ofertados aos usuários encaminhados ao CAPS;Analisar variáveis relacionadas ao encaminhamento que se associem à permanência dos usuários no CAPS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Comprometer o anonimato dos usuários. Para diminuir esse risco, os prontuários serão identificados por códigos numéricos. Além disso, a análise de dados incompletos pode levar a interpretações errôneas sobre a eficácia dos encaminhamentos e a dinâmica da RAPS.

Benefícios:

Promover melhora da qualidade de vida das pessoas que necessitam do cuidado em saúde mental e mudança da realidade da comunidade em geral, já que pode contribuir na viabilização de tratamentos mais eficazes e humanizados, com facilidade de acesso e redução da fragmentação do cuidado. Além disso, uma rede de saúde mental mais integrada e acolhedora, com formação de vínculos e relações com a comunidade, também pode contribuir para a redução do estigma que acompanha as pessoas com transtornos mentais, e promover o empoderamento desses usuários e de suas famílias, gerando maior aceitação, autonomia e inclusão social.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Interessante para a área

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto: Apresentou folha de rosto devidamente assinada e preenchida;

Cronograma: Apresentou adequadamente com as etapas do projeto.

Orçamento: apresentou custeio de R\$300 (trezentos reais) para a execução do projeto.

Carta de aceite da Instituição coparticipante: Apresentou a anuência do CAPS I de Ibitiporã para que a pesquisa seja realizada nesta Instituição.

Termos de sigilo e confidencialidade: foi apresentado

Projeto Brochura: Apresentado

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não havendo óbices éticos, recomendo aprovação.

Endereço: LABESC - Sala 14
 Bairro: Campus Universitário CEP: 86.057-070
 UF: PR Município: LONDRINA
 Telefone: (43)3371-5455 E-mail: cep268@uel.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 7.222.726

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado(a) Pesquisador(a),

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade apresentá-lo aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Ressaltamos, para início da pesquisa, as seguintes atribuições do pesquisador, conforme Resolução CNS 466/2012 e 510/2016:

A responsabilidade do pesquisador é indelegável e inderrogável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe:

- conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido;
- apresentar dados solicitados pelo sistema CEP/CONEP a qualquer momento;
- desenvolver o projeto conforme delimitado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção;
- elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;
- encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores e pessoal técnico integrante do projeto;
- justificar fundamentadamente, perante o sistema CEP/CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Coordenação CEP/UEL

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_2433415.pdf	09/11/2024 10:19:44		Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoLuisa.pdf	09/11/2024 10:18:50	LUISA GUEDES DI MAURO	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.docx	04/11/2024 16:01:45	LUISA GUEDES DI MAURO	Aceito
Outros	termosiglo.pdf	04/11/2024 15:59:42	LUISA GUEDES DI MAURO	Aceito

Endereço: LABESC - Sala 14
Bairro: Campus Universitário CEP: 86.057-070
UF: PR Município: LONDRINA
Telefone: (43)3371-5455 E-mail: cep268@uel.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 7.222.735

Declaração de concordância	concordanciaccaps.pdf	04/11/2024 15:53:59	LUIZA GUEDES DI MAURO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.docx	07/10/2024 13:56:47	LUIZA GUEDES DI MAURO	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

LONDRINA, 12 de Novembro de 2024

Assinado por:
Alessandra Lourenço Cecchini Armani
(Coordenador(a))

Endereço: LABESC - Sala 14
Bairro: Campus Universitário CEP: 86.057-070
UF: PR Município: LONDRINA
Telefone: (43)3371-5455 E-mail: cep268@uel.br