



## Processo de trabalho em saúde mental em redes de atenção à saúde

Mental health care work process in health care networks

Proceso de trabajo en la salud mental en las redes de atención de salud

João Matheus Ferreira do Nascimento<sup>1</sup>, Lara Karine Lima Sousa<sup>1</sup>, Alane da Silva Tôrres<sup>1</sup>, Celina César Daniel<sup>2</sup>, Iara de Souza Coelho<sup>2</sup>, Jaime de Sousa Cortez<sup>2</sup>, Letícia Lacerda Marques<sup>3</sup>, Michelly Moura Feijó<sup>4</sup>, Tanise Finamor Ferreira Tonini<sup>5</sup>, José de Siqueira Amorim Júnior<sup>6</sup>.

### RESUMO

**Objetivo:** Compreender a dinâmica do processo de trabalho em saúde mental em conjunto ao funcionamento das redes de atenção à saúde. **Revisão bibliográfica:** A saúde mental no contexto das redes de atenção à saúde, estratégia de saúde da família e dos centros de atenção psicossocial deve operar de modo a ofertar o acolhimento e acompanhamento em função das necessidades apresentadas pelas pessoas em sofrimento psíquico. Denotando a complexidade do processo de trabalho em saúde, é necessário verificar a organização social vigente, dada a variabilidade das relações humanas e a necessidade de cooperação, geram reflexões sobre a maneira de se produzir saúde, para imprimir um espaço de novas configurações. Analisando os desafios do processo de trabalho em saúde mental, estão, a lógica manicomial presente no caráter biomédico; a indiferença frente o cuidado partilhado entre os serviços da rede de atenção psicossocial; a forma em que são implementadas as políticas públicas pela gestão; e a falta de investimentos financeiros, para o funcionamento integral do serviço. **Considerações finais:** Foi possível compreender que, embora o trabalho em saúde continue a sofrer com vazios assistenciais, o fortalecimento das relações entre os componentes da rede é um aspecto que possibilita a efetividade nas ações prestadas.

**Palavras-chave:** Atenção à saúde, Saúde mental, Processo de trabalho, Atenção primária à saúde.

### ABSTRACT

**Objective:** To understand the dynamics of the mental health work process in conjunction with the functioning of health care networks. **Bibliographic review:** Mental health in the context of health care networks, family health strategy and psychosocial care centers must operate in order to offer reception and follow-up according to the needs presented by people in psychological distress. Denoting the complexity of the work process in health, it is necessary to verify the current social organization, given the variability of human relationships and the need for cooperation, generating reflections on the way to produce health, to create a space for new

<sup>1</sup> Universidade Federal do Piauí (UFPI), Picos – PI.

<sup>2</sup> Universidade Estadual do Piauí (UESPI), Picos – PI.

<sup>3</sup> Centro de Ensino Unificado de Teresina (CEUT), Teresina – PI.

<sup>4</sup> Universidade de Pernambuco (UPE), Recife – PE.

<sup>5</sup> Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria – RS.

<sup>6</sup> Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza – CE.

configurations. Analyzing the challenges of the work process in mental health, there are, the asylum logic present in the biomedical character; the indifference towards the care shared between the services of the psychosocial care network; the way in which public policies are implemented by management; and the lack of financial investments for the integral operation of the service. **Final considerations:** It was possible to understand that, although health work continues to suffer from gaps in care, the strengthening of relationships between network components is an aspect that enables effectiveness in the actions provided.

**Keywords:** Delivery of health care, Mental health, Work process, Primary health care.

---

## RESUMEN

**Objetivo:** Comprender la dinámica del proceso de trabajo en salud mental en conjunto con el funcionamiento de las redes de atención a la salud. **Revisión bibliográfica:** La salud mental en el contexto de las redes de atención a la salud, la estrategia de salud de la familia y los centros de atención psicosocial deben operar para ofrecer acogida y seguimiento acorde a las necesidades que presentan las personas en sufrimiento psíquico. Denotando la complejidad del proceso de trabajo en salud, es necesario verificar la organización social actual, dada la variabilidad de las relaciones humanas y la necesidad de cooperación, generando reflexiones sobre la forma de producir salud, para crear un espacio para nuevas configuraciones. Analizando los desafíos del proceso de trabajo en salud mental, están, la lógica del asilo presente en el carácter biomédico; la indiferencia hacia la atención compartida entre los servicios de la red de atención psicosocial; la forma en que las políticas públicas son implementadas por la gerencia; y la falta de inversiones financieras para la operación integral del servicio. **Consideraciones finales:** Fue posible comprender que, aunque el trabajo en salud continúa sufriendo de vacíos en la atención, el fortalecimiento de las relaciones entre los componentes de la red es un aspecto que posibilita la efectividad en las acciones brindadas.

**Palabras clave:** Atención a la salud, Salud mental, Proceso de trabajo, Atención primaria de salud.

---

## INTRODUÇÃO

A reforma psiquiátrica brasileira representa um grande movimento que marca a reconstrução de um novo modelo assistencial no âmbito da política de saúde mental, apresentando um conjunto de estratégias e princípios de ordem política, social e cultural, que se expressa pelo juízo de desconstrução do aparato manicomial e sua substituição progressiva por serviços de base comunitária e articulada em rede (AMARANTE P e NUNES MO, 2018). Nesse seguimento, a Política Nacional de Saúde Mental, amparada na Lei nº. 10.216/2001, consolida uma proposta relacionada à construção de um novo cenário na atenção à saúde mental no país, privilegiando a estruturação de serviços de base comunitária, organizados em rede, de modo a integrar diferentes dispositivos e recursos comunitários para a integralidade da atenção. Desse modo, organizar serviços e ações em uma rede de cuidados suscita reconhecer e legitimar a complexidade das demandas de saúde mental e a variedade de espaços possíveis para o atendimento a essas demandas. (BRASIL, 2013).

Relacionado a isso, a Atenção Primária à Saúde (APS) se caracteriza como espaço privilegiado para o cuidado em saúde mental, na medida em que situa esse cuidado no cotidiano de vida e saúde dos sujeitos, valorizando os recursos territoriais e as relações sociais, culturais e afetivas que se estabelecem no território. Nessa conjuntura, o processo de trabalho diz respeito ao modo como são desenvolvidas as atividades profissionais, sendo um elemento que se envolve diretamente na articulação e efetivação da política de saúde mental e pelo trabalho em redes (MORAIS LGA, et al., 2021).

Dessa forma, a presente revisão buscou debruçar-se sobre o conhecimento teórico da perspectiva da saúde mental como um ícone de apoio fundamental no trabalho nas redes assistenciais, assim, compreender a maneira em que os serviços estão organizados é de fundamental importância para a concretização das diretrizes e pressupostos que dão fundamento à Política Nacional de Saúde Mental. Portanto, o objetivo deste estudo foi compreender a dinâmica do processo de trabalho em saúde mental em conjunto ao funcionamento das redes de atenção à saúde.

## REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### Saúde Mental no contexto das Redes de Atenção à Saúde

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) tratam-se de arranjos organizacionais que contemplam ações e serviços de saúde, que interagem entre si através de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, de maneira sistematizada, utilizando-se de um ciclo completo de atendimentos para responder a situações e particularidades no atendimento de saúde, a fim de garantir a continuidade e integralidade do cuidado em saúde nos diferentes níveis de atenção, primário, secundário e terciário (BRASIL, 2012; NAKARA LC, et al., 2020).

Assim, é possível considerar a RAS como sendo a corrente que une as ações e os serviços de saúde, com o objetivo de promover uma atenção à saúde contínua e integral, qualificada e humanizada e estabelecer a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS. Fundamentalmente, algumas de suas características determinantes são: a formação de relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção; a APS como centro de comunicação da rede; o planejamento e organização das ações deve seguir as necessidades de saúde da população adscrita; o cuidado multiprofissional; e o compartilhamento de objetivos e compromissos com resultados, de acordo com os contextos sanitário e econômico da região (DAMACENO AN, et al., 2020).

A RAS como um todo, possui uma estrutura operacional para o seu funcionamento, figurativamente, constituída por nós e por ligações, que se interligam entre si por diferentes nós. Essa estrutura é composta por cinco elementos: o centro de comunicação, que é a APS; os pontos de atenção, que são os níveis secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos, definido pelo modelo de atenção à saúde; e o sistema de governança. Uma forma de compreender isso, é a APS, níveis secundários e terciários, e sistema de apoio como sendo os nós da rede, o sistema logístico sendo as ligações comunicacionais feitas entre os nós, e o sistema de governança, como a força que opera essas relações da rede (PEITER et al., 2019).

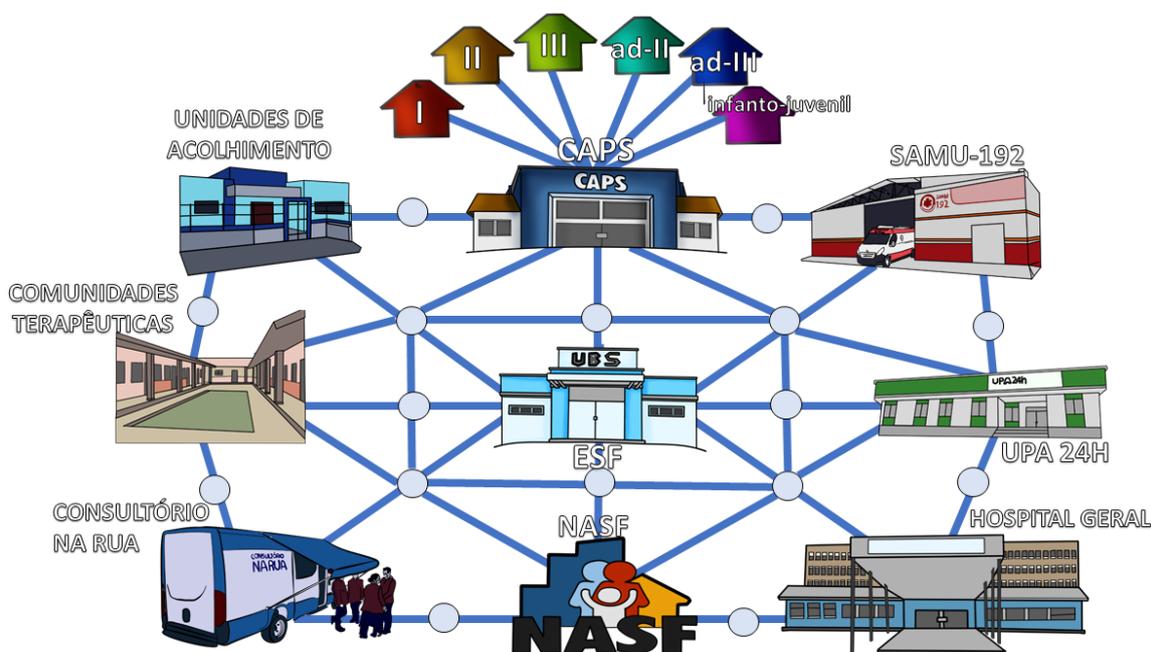
No contexto de organização da RAS, a partir da necessidade de enfrentamento de vulnerabilidades, agravos ou doenças das populações, o Ministério da Saúde pactuou a criação e institucionalização de cinco redes temáticas, que são priorizadas para compor esse sistema de operacionalização do cuidado, tendo a APS como coordenadora do cuidado e centro comunicacional. São elas: a Rede de Atenção Materno Infantil (antiga Rede Cegonha); Rede de Atenção às Urgências; Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Condições Crônicas; Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência; e a Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2014).

Instituída pela Portaria Ministerial nº 3.088/2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) estabeleceu que os serviços de saúde mental deveriam se organizar de acordo com a lógica de funcionamento da RAS, isto é, em um sistema integrado, operacionalizado de maneira contínua, proativa e voltada para as situações e agravos, agudas e crônicas, de saúde/doença da população temática da rede (BRASIL, 2011). Nessa conjuntura, a RAPS adota o modelo da RAS como a proposta temática organizacional para as ações em saúde mental, visando assegurar àqueles em sofrimento psíquico, seja em casos de transtornos mentais ou necessidades inerentes ao uso de substâncias psicotrópicas, um atendimento integral e humanizado, objetivando ampliar o acesso à atenção psicossocial e aos pontos de atenção da população alvo e de sua família, por meio da oferta de acolhimento, acompanhamento continuado e atenção às urgências, com a proposta de mudança dos arquétipos de loucura junto à exclusão e segregação social, transpondo um novo olhar ao cuidado da pessoa em sofrimento psíquico, de modo a reinventar os processos de trabalho sustentados no modelo psicossocial (NÓBREGA MPSS, et al., 2020).

Destaque-se que o caráter organizacional da RAPS preceitua a definição de sete pontos de atenção estratégica, componentes operacionais que desempenham as ações e serviços do trabalho em saúde mental com diferentes níveis de densidade tecnológica, sendo estes: (a) APS, composta pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e equipes de consultório na rua (eCR); (b) atenção psicossocial especializada, realizada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diversas modalidades, CAPS-I, CAPS-II, CAPS-III, CAPS ad-II, CAPS ad-III e CAPS infanto-juvenil, que

discriminam por ordem crescente de complexidade e abrangência; (c) atenção de urgências e emergências composta pelo SAMU-192 e UPA 24 horas; (d) atenção residencial de caráter transitório, nas modalidades de: unidade de acolhimento e comunidades terapêuticas; (e) atenção hospitalar, que deve utilizar hospitais gerais de referência com leitos e enfermarias especializados na assistência à saúde mental; (f) estratégias de desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011b). Conforme ilustrado pela **Figura 1**.

**Figura 1 - Componentes da Rede de Atenção Psicossocial.**



**Nota:** Criado utilizando o program *Paint Tool Sai* (versão 2.0).

**Fonte:** Nascimento JMF, et al., 2023.

Para compreender os desafios do funcionamento das RAS, deve-se reconhecer que essa organização pressupõe a existência de demandas complexas, e que estas não seriam suficientemente atendidas por um único serviço ou por uma única equipe, o que envolve variados domínios de conhecimento e níveis de complexidade que são propostos pela interdisciplinaridade e multiplicidade dos fatores políticos e sociais envolvidos na gestão de saúde, inerente a qualificação do cuidado para a ampliação de um atendimento integral e longitudinal (LOPES LJS, et al., 2021).

Não obstante, a ESF e os CAPS, devem operar, concomitantemente, de modo a ofertar o acolhimento e acompanhamento em função das necessidades apresentadas pelas pessoas em sofrimento psíquico. A ESF por deter maior proximidades com os contextos sociais e de vida das famílias, é o agente que deve ampliar o potencial dos CAPS, agenciando as novas maneiras de cuidado em redes, pautando o compartilhamento da responsabilidade entre os serviços e os usuários, para a formação de vínculo entre as partes (PUPO LR, et al., 2020).

### **A complexidade do processo de trabalho em saúde**

Seguindo a concepção do significado de trabalho como a ação humana que objetiva a produção de algo útil, o modo pelo qual o homem decide orquestrar suas ações é entendido como o processo. Assim, o processo de trabalho se compreende como os procedimentos elaborados e executados que possibilitem o desenvolvimento do trabalho no alcance do seu objetivo final (SANTANA MM, et al., 2021).

De maneira dinâmica, o processo de trabalho interage com as características dos meios de produção de cada época, na busca pela transformação, reorganização e atualização dos seus métodos, para a geração de uma maior eficácia do trabalho e do produto final, sendo esta organização do trabalho uma característica

humana natural, que ao planejar e operacionalizar as ações, antecipa seus objetivos antes da realização das mesmas (ALVARENGA JPO e SOUSA MF, 2022). Como trata Marx sobre o processo de trabalho, “a atividade humana opera uma transformação, subordinada a um determinado fim, no objetivo sobre que atua por meio do instrumental de trabalho” (MARX, 2006, p. 214). Ainda assim, ao explorar os modos de organização do processo de trabalho, observa-se que essencialmente é composto por um objetivo que é a idealização do resultado que buscará alcançar para atender as demandas geradas conforme a organização social determinar, um objeto de transformação que é a matéria prima material ou humana que deverá se moldar para o alcance dos seus objetivos e os meios de produção, que serão os subsídios necessários para a realização do trabalho, podendo ser ferramentas materiais ou habilidades técnicas (MENDES-GONÇALVES RB, 1994; SANTANA MM, et al., 2020).

Ainda que os estudos sobre o trabalho e seus processos tenham nascido à luz de uma compreensão social, relacionando a temática sob a convenção da realização das necessidades humanas, a geração de bens de consumo não está relacionada somente à produção de bens materiais, mas neste campo se insere o setor de serviços. O setor de serviços ganha ainda mais força durante o período de revolução industrial, por uma expansão do setor industrial e econômico, onde muitas atividades antes desenvolvidas na esfera empresarial passaram a ser desempenhadas por serviços especializados exterior às empresas (MANFREDINI, 2018).

Válido mencionar que as atividades de serviço são intransferíveis e irreversíveis, ao ponto que quando se iniciam, a realização do trabalho pode ser interrompida, mas impossível de ser retroagido. Um destaque para as revoluções industriais para o processo de trabalho nos setores de serviços da saúde, é que nesse movimento de ampliação das relações de produção capitalista, houve o desdobramento das corporações de medicina privativa, tornando rentável esta esfera, subvertendo a conjuntura vigente e ressignificando a prestação de serviços como força de trabalho requisitada para tais finalidades (PEDUZZI M e AGRELI HF, 2018).

No Brasil, o movimento de reforma sanitária configurou-se como um marco de mudança para o setor de serviços da saúde, através do resgate da saúde como um bem universal aos cidadãos, estabelecido por políticas públicas, emergindo o Estado como representante que deve garantir o acesso, ainda que minimamente, à população desfavorecida e impossibilitada de pagar a iniciativa privada (MERHY EE, et al., 2019). É nesse sentido que o SUS se destaca, como a política pública que ressignificou o direcionamento do modo de se produzir saúde, no sentido de instituir princípios fundamentais para guiar as ações assistenciais, de humanização, universalidade, equidade, integralidade e participação popular, além de diretrizes organizacionais de descentralização político-administrativo, portanto, dando um novo cenário de redistribuição da força de trabalho para o âmbito público (TOFANI LFN, et al., 2021).

É pertinente refletir sobre tais mudanças, pois a partir dos serviços de saúde e o SUS, é que o processo de trabalho na saúde deixa de possuir uma abordagem categoricamente vinculada à geração de riqueza e capital, e se vincula a um sentido mais social e conceitos próprios (MERHY EE, et al., 2019). Como descreve Mendes-Gonçalves RB (1994), o processo de trabalho em saúde diz respeito ao modo como os serviços se organizam para o atendimento das demandas dos usuários, no sentido de planejamento e estruturação para identificação das necessidades de saúde da população. Para tanto, ao se analisar o processo de trabalho é necessário verificar a organização social vigente. No âmbito da saúde, dada a sua complexidade, as relações humanas e a necessidade de cooperação são importantes determinantes para gerar reflexões sobre a maneira de se produzir saúde, sendo estes aspectos abordados na micropolítica do trabalho em saúde, para imprimir um espaço de novas configurações (FRANÇA MASA, et al., 2019). É nesse contexto que surgem as relações humanas e sociais como um importante determinante da produção de saúde, onde as interações durante os encontros entre usuários e trabalhadores, proporcionam a construção de um espaço de segurança, que institui o consumo do ato de saúde. Essa interação deverá se estabelecer de maneira partilhada, em que o trabalhador expressa seus conhecimentos pelas habilidades técnicas, científicas e tecnológicas e o usuário participa com seu conhecimento representativo, para assim efetivar nesse espaço intercessor um processo singular, resultante do encontro em ato (MERHY EE, 2019; PEDUZZI M e AGRELI HF, 2018).

## Desafios do processo de trabalho em saúde mental

O advento da Reforma Sanitária ocorre em paralelo ao movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira, o que impulsionou uma nova conjuntura de desinstitucionalização dos sujeitos e a consolidação dos pilares para o cuidado em saúde mental. Ambas as reformas são exemplos de marcos na mudança dos modelos de gestão das práticas de saúde, condizentes com transformações do processo de trabalho em saúde, que apesar de cadenciadas, possuem caminhos particulares. A reforma psiquiátrica para além de um complexo processo político e social, representa uma verdadeira revolução de práticas e valores sociais, culturais e educacionais, além de estabelecer o delineamento para o que viria a se tornar a política nacional de saúde mental (AMARANTE; NUNES, 2018).

Em consonância, a implementação das redes de atenção se deu com a descentralização da saúde, conseqüente à instauração do SUS, que por ventura, abriu espaço para o desempenho de novas experimentações que apreciassem uma estrutura organizacional que funcionasse de acordo com o surgimento de diferentes demandas, mas que preservasse a comunicação entre os serviços, estabelecendo um caráter operacional que relaciona diferentes pontos da assistência, desde a APS e os núcleos de apoio, até atenção secundária e terciária, gerando uma relação entre elas que possibilita a organização de demandas como as de saúde mental, em um fluxo contínuo e espontâneo, prezando pelo alcance da integralidade e longitudinalidade da assistência (EVANGELISTA MJO, et al., 2019; MENDES EV, 2010).

Assim, o SUS teve de constituir uma estrutura circular, entrelaçada e horizontal de funcionamento, respeitando a imprevisível manifestação do processo de adoecimento e conseqüentemente o aparecimento das demandas, com diversos espaços de entrada e saída no sistema. A preferível porta de entrada no sistema deve ser a APS, no entanto existem as urgências e entre outros níveis, que dispõe dessas várias portas, visto que, o sistema precisa funcionar em função do surgimento espontâneo das demandas dos usuários, incapaz de pré-estabelecer firmemente uma estrutura piramidal verticalizada, por conta da disfuncionalidade de prever completamente o surgimento das demandas (GEREMIA DS, 2020).

Em interfaces com os NASF, compõem-se um conjunto da equipe multiprofissional que partem das necessidades identificadas para atuarem de maneira integrada às Redes de Atenção à Saúde, bem como em outras redes sociais e comunitárias, atuando no processo de trabalho sob a lógica de matriciamento (NUNES VV, et al., 2020). Os CAPS, instituídos no âmbito da atenção à saúde mental em 2002, para além de unidades especializadas, buscam estabelecer estratégias de superação do modelo manicomial, inseridos em regiões estratégicas para o enfrentamento de crises, potencialidades ou dificuldades complexas para o cuidado em saúde mental, além do acompanhamento em diferentes níveis, subvertendo a congruência de organização do SUS, no sentido de agregar níveis de atenção especializada em uma unidade (BENATTO MC, et al., 2022).

A proposta de atuação dos CAPS diretamente em consonância com os serviços de APS, no aporte e apoio matricial dos casos, sendo essa ordenação um aparato do processo de trabalho de saúde em redes, da maneira em que os encaminhamentos de referência e contrarreferência são mobilizados, para que haja o apoio especializado dos profissionais entre unidades, a equipe de referência permanece atuante com o compromisso de supervisão e articulação para a condução do caso com os demais envolvidos, familiares, sociedade, unidades e equipes profissionais, portanto construído um projeto terapêutico singular mais amplo (PEDUZZI M e AGRELI HF, 2018). A demanda de saúde mental torna-se recorrente no cotidiano dos trabalhadores da APS, pois existem altas prevalências de transtornos mentais entre pessoas acompanhadas pelas equipes de ESF e NASF, e nem sempre há uma certeza dos profissionais sobre quando adotar intervenções em saúde mental, uma vez que nem sempre há um saber técnico suficiente nesse contexto para todas as situações que possam surgir (PUPO LR, et al., 2020).

O consenso instituído é que todos os profissionais devem participar da atenção voltada à saúde mental, ainda assim, é necessária a reflexão dos profissionais sobre uma reorganização que parte da qualificação da força de trabalho, integração com a rede matricial e resgate da Interprofissionalidade. Para tanto é necessário ampliar as discussões e decisões dentro das equipes, gerando um espaço democrático para que a construção seja feita coletivamente (PEDUZZI M e AGRELI HF, 2018). Cabe destacar que um dos principais desafios do

movimento reformista, é a gestão diante da, ainda inerente, lógica manicomial de cuidado em saúde mental, presente no caráter biomédico da assistência, que pode se expressar em algumas situações e posicionamentos, como: a maneira a qual a equipe escuta e intervém junto aos usuários e familiares; o modo que o atendimento é prestado a partir da solicitação dos usuários; a indiferença frente o cuidado partilhado com os outros serviços da RAPS; a forma em que são implementadas as políticas públicas pela gestão municipal e federal; e a resistência para a constituição e manutenção de espaços da gestão participativa e controle social (SOUSA FSP e JORGE MSB, 2019).

O que em contexto, expõe que a lógica manicomial é um viés ainda presente no posicionamento de profissionais e de equipes atuantes sob o efeito do modelo biomédico hegemônico, exigindo a postulação de ações de resistência que recoloquem a lógica reformista como um propósito fundamental do cuidado em saúde mental (MOREIRA RM e ROCHA KB, 2019). Somado a esse cenário, no decorrer de mudanças e transformações sociais, econômicas e políticas no campo da saúde mental e atenção psicossocial, para a organização dos serviços e do processo de trabalho, um potente desafio está relacionado à falta de investimentos financeiros, não apenas no quesito material e de instalações, mas para o funcionamento integral do serviço, de modo que estes possam atender as demandas com qualidade e satisfação dos usuários, sendo um componente vetorial para a desarticulação e fragmentação da assistência, pois interfere no quantitativo de serviços ativos, equipamentos e recursos humanos, bem como nas frequentes reinternações para a atenção terciária (CLEMENTINO FS, et al., 2019).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O intuito fundamental deste trabalho foi o de explorar a compreensão sobre a dinâmica do trabalho em saúde mental em conjunto ao funcionamento das redes de atenção à saúde. A partir da análise literária de diversos autores, sendo utilizadas publicações recentes em interface com autores fundamentais dos pressupostos que formaram as bases sobre saúde mental e o trabalho, produziu benefícios para compreensão de que, embora o trabalho em saúde continue a sofrer com vazios assistenciais, sejam por dificuldades na comunicação, aspectos financeiros, ampliação do acesso ou fragilidades populacionais, a formação e o fortalecimento das relações entre os componentes da rede conseguem prevalecer e superar tais dificuldades, uma vez que o trabalho em saúde mental na RAS diz respeito a organizar e ajustar diferentes modos de atendimento quando necessário, se reorganizando frente as diferentes necessidades individuais e/ou coletivas de suas populações, ressaltando a comunicação entre a atenção especializada, matriciamento dos casos, continuidade do atendimento de demandas específicas, sistematização da organização e corresponsabilidade entre as coordenações dos serviços.

## REFERÊNCIAS

1. ALVARENDA JPO e SOUSA MF. Processo de trabalho de enfermagem na Atenção Primária à Saúde no estado da Paraíba – Brasil: perfil profissional e práticas de cuidados na dimensão assistencial. *Saúde Debate*, 2022; 46(135): 1077-1092.
2. AMARANTE P e NUNES MO. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Rev. Ciênc. saúde coletiva*, 2018; 23(6): 2067-74.
3. BENATTO MC, et al. Perfil de atendimento em Centro de Atenção Psicossocial durante a pandemia da COVID-19: uma análise retrospectiva. *Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.*, 2022; 11(2): 103-117.
4. BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. 2011. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm). Acessado em: 16 set. 2023.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica - Saúde Mental*. 2013; 34(1): 176p.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Curso de autoaprendizado: Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde. 2012. Disponível em: [https://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/ras\\_curso\\_completo\\_1.pdf](https://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/ras_curso_completo_1.pdf). Acessado em: 7 de julho de 2023.

7. BRASIL. Ministério da Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS. 2014; 1: 160p.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. 2011a, p. 59. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acessado em: 15 jul. 2023.
9. CLEMENTINO FS, et al. Atendimento integral e comunitário em saúde mental: avanços e desafios da reforma psiquiátrica. *Trab. Educ. Saúde*. 2019; 17(1): e0017713.
10. DAMACENO AN, et al. Redes de atenção à saúde: uma estratégia para integração dos sistemas de saúde. *Rev. Enferm. UFSM*. 2020; 10(1): 1-14.
11. EVANGELISTA MJO, et al. O Planejamento e a construção das Redes de Atenção à Saúde no DF, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019; 24(6): 2115-24.
12. FRANÇA MASA, et al. Uso de ferramentas de gestão na micropolítica do trabalho em saúde: um relato de experiência. *Saúde Debate*. 2019; 43(6): 138-146.
13. GEREMIA DS. Atenção Primária à Saúde em alerta: desafios da continuidade do modelo assistencial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2020; 30(1): e300100.
14. LOPES LJS, et al. Um olhar sobre a rede de assistência à saúde: organização e desafios da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. *Research Society and Development*. 2021; 10(14): e494101422219.
15. MANFREDINI MA. Complexo econômico-industrial da saúde: desafios e impasses. *Cad. Saúde Pública*. 2018; 34(8): e00126418.
16. MARX K. O Capital: crítica da economia política. Tradução de Reginaldo Sant'Anna. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2006; 23: 1055 p.
17. MENDES-GONÇALVES RB. Tecnologia e Organização social das Práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec. 1994; 56 p.
18. MERHY EE, et al. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. *Saúde Debate*. 2019; 43(6): 70-83.
19. MORAIS LGA, et al. Saúde Mental: o papel da atenção primária à saúde. *Brazilian Journal of Health Review*. 2021; 4(3): 10475-89.
20. MOREIRA RM e ROCHA KB. O trabalho na gestão dos serviços substitutivos. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2019; 29(2): e290216.
21. NAKATA LC, et al. Conceito de rede de atenção à saúde e suas características-chaves: uma revisão de escopo. *Escola Anna Nery*. 2020; 24(2): e20190154.
22. NÓBREGA MPSS, et al. Recursos, objetivos e diretrizes na estrutura de uma Rede de Atenção Psicossocial. *Rev. Bras. Enferm*. 2020; 73(1): e20170864.
23. NUNES VV, et al. Saúde mental na atenção básica: atuação do enfermeiro na rede de atenção psicossocial. *Rev. Bras. Enferm*. 2020; 73(1): e20190104.
24. PEDUZZI M e AGRELI HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Rev. Comunicação, saúde e educação*. 2018; 22(2): 1525-34.
25. PEITER CC. Redes de atenção à saúde: tendências da produção de conhecimento no Brasil. *Rev. Esc. Anna Nery*. 2019; 23(1): e20180214.
26. PUPO LR, et al. Saúde mental na Atenção Básica: identificação e organização do cuidado no estado de São Paulo. *Saúde Debate*. 2020; 44(3): 107-127.
27. SANTANA MM, et al. Processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família na pandemia no Recife-PE: singularidades socioespaciais. *Trab. Educ. Saúde*. 2021; 20(1): e00154167.
28. SOUSA FSP e JORGE MSB. O retorno da centralidade do hospital psiquiátrico: retrocessos recentes na política de saúde mental. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2019; 17(1): e0017201.
29. TOFANI LFN, et al. Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2021; 26(10): 4769-4782.