

Humanização e integralidade no cuidado em saúde mental: uma descrição das práticas profissionais na Atenção Primária à Saúde

Geovane Menezes Lourenço¹, Bruna Maria Palotino-Ferreira², Dara Louise Ramos de Oliveira³, Rodrigo Mercês Reis Fonseca⁴, Cristiane do Santos Silva⁵, Bruna Patricia Santos-Pires⁶, Diego Osmar Rodrigues⁷, Elza Berger Salema Coelho⁸.



<https://doi.org/10.36557/2674-9432.2026v5n1p203-218>

Artigo recebido em 16 de Novembro e publicado em 16 de Janeiro de 2026

ARTIGO ORIGINAL

RESUMO

A saúde mental gera um equilíbrio entre a mente e o corpo, de forma estratégica foco no indivíduo e levando em consideração o ser humano como um todo. O objetivo deste estudo descreve a organização do processo de trabalho relacionado à subpopulação de pessoas que fazem uso de psicotrópicos e estão cadastradas em uma Unidade de Saúde do município de Ponta Grossa, Paraná, bem como identificar como foi realizada a estratificação de risco, o número de pessoas atendidas e as práticas terapêuticas adotadas pela equipe da Atenção Primária. Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa e metodologia do Arco de Maguerez que consiste em cinco etapas. Foram organizadas agendamento todas sextas-feira para os pacientes que fazem uso de psicotrópicos, com o fluxo de atendimento sendo: recepção e identificação; triagem com técnico de enfermagem; consulta com enfermeiro, odontólogo, farmacêutico e educador físico os quais realizaram a estratificação de risco (orientaram e convidaram para participação em práticas integrativas como aromaterapia, arteterapia e outras atividades coletivas, visando promoção do bem-estar, fortalecimento de vínculos e redução da medicalização); consulta médica para prescrição; orientação ou encaminhamento para psicólogo/psiquiatra, sendo assim estratificados até o momento, cerca de trinta usuários participaram das práticas integrativas, selecionados por convite espontâneo conforme disponibilidade dos profissionais para realizar as atividades em saúde. Para estratificação de risco aplicou-se um instrumento, com pontuações que variam de acordo com a gravidade dos casos: Baixo risco; Médio risco; Alto risco. Essa classificação possibilitou o direcionamento adequado do cuidado, sendo ponto relevante para organização do agendamento das consultas. Com essa mudança, observamos que não houve mais falta de medicação e não foram registradas novas reclamações. A unidade de saúde exerce um papel de porta de entrada para diversos problemas de saúde, sendo o ponto de conexão entre a comunidade e o serviço especializado.

Palavras-chave: saúde mental, atenção primária à saúde, estratificação de risco, práticas



integrativas.

ABSTRACT

Mental health creates a balance between the mind and body, strategically focusing on the individual while considering the human being as a whole. The objective of this study is to describe the organization of the work process related to the subpopulation of individuals who use psychotropic drugs and are registered at a Primary Care Health in the municipality of Ponta Grossa, Paraná. It also aims to identify how risk stratification was conducted, the number of individuals served, and the therapeutic practices adopted by the Primary Care team. This is a descriptive study with a qualitative approach, utilizing the Arco Maguerez methodology, which consists of five stages. Appointments were organized every Friday for patients using psychotropic drugs, with the service flow being: reception and identification; triage with a nursing technician; consultation with a nurse, dentist, pharmacist, and physical educator, who conducted the risk stratification (providing guidance and inviting participation in integrative practices such as aromatherapy, art therapy, and other collective activities aimed to promoting well-being, strengthening bonds, and reducing medicalization); medical appointment for prescription; and guidance or referral to a psychologist/psychiatrist. Thus far, approximately thirty users have participated in the integrative practices, selected through spontaneous invitation based on the availability of professionals to conduct health activities. For risk stratification, an instrument was applied, with scores varying according to the severity of the cases: Low risk; Medium risk; High risk. This classification enabled appropriate care direction, serving as a relevant point for organizing appointment scheduling. With this change, it was observed that there were no more medication shortages, and no new complaints were registered. Primary Care Health serves as a gateway for various health issues, acting as the connection point between the community and specialized services.

Keywords: mental health; primary care; risk stratification; integrative practices

Instituição afiliada

AUTOR 1 Universidade Federal do Paraná, (UFPR), Curitiba, Paraná, Brasil

AUTOR 2 Universidade Estadual do sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia, Brasil

AUTOR 3 Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), Ponta Grossa, Pr, Brasil

AUTOR 4 Universidade Estadual do sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia, Brasil

AUTOR 5 Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Bahia, Brasil

AUTOR 6 Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), Ponta Grossa, Pr, Brasil

AUTOR 7 Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil

AUTOR 8 Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), , Florianópolis, SC, Brasil

Autor correspondente: Geovane Menezes Lourenço mengeovane@gmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

O Brasil vem passando por modificações constantes relacionadas às diretrizes de saúde mental, ao longo das últimas décadas, principalmente a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira, consolidada entre a década de 1970 a 1980 (BRASIL & LACCHIN, 2021). Esse movimento marcou uma mudança paradigmática do marco tradicional de cuidado, hospitalocêntrico, isolados para um cuidado integral, valorizando os fatores psicossociais, centrado na pessoa, no território e no cuidado integral (AMARANTE, 2018a). Esse processo também contribuiu para criação dos Centros de Atenção, estas instituições são essenciais no acolhimento e tratamento de pessoas com transtornos mentais (ALVIM, 2024). Além da elaboração de diretrizes nacionais que reforçam a importância em integrar o cuidado em saúde mental com a Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2019b).

Um dos marcos legais desse período, foi a criação da Lei Federal nº 10.216, de 2001, disponível em JusBrasil, que redirecionou o modelo assistencial em saúde mental no país, com a proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais e humanização das práticas na perspectiva. Esse conjunto de políticas têm contribuído para práticas mais humanizadas com olhar holístico e cuidado integral às pessoas com sofrimento psíquico (BRASIL, 2019b).

Segundo o Ministério da Saúde, o Brasil possui uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) estruturada por diferentes dispositivos, entre eles os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as Unidades de Acolhimento (UA), os Centros de Convivência, as Residências Terapêuticas, as equipes de Consultório na Rua, além da Atenção Primária à Saúde como ordenadora do cuidado (BRASIL, 2019a; SAMPAIO & JUNIOR, 2021). Esses serviços têm como objetivo garantir cuidado contínuo, comunitário e territorializado.

Nesse cenário, a APS ocupa um papel estratégico como porta de entrada do sistema único de saúde (SUS), na atenção ao cuidado em saúde mental, pois a mesma tem o papel fundamental como ordenadora e coordenadora do cuidado da população em seu território, na promoção, prevenção e reabilitação em saúde mental (DANTAS *et*



al. 2025). A saúde mental é entendida como um estado subjetivo de equilíbrio, com capacidade de enfrentamentos às diversas circunstâncias da vida social, mantendo um desempenho produtivo no trabalho e participando de forma ativa e colaborativa em sua comunidade (RIBEIRO, 1999; GAINO *et. al.*, 2018). O fato da unidade de saúde estar inserida no território, favorece o vínculo e a detecção precoce das condições de sofrimento psíquico.

Com o intuito de melhorar o cuidado aos pacientes, diretrizes de estratificação de risco em saúde mental na APS, foram instituídas pelo Ministério da Saúde, o que permite classificar usuários segundo sua vulnerabilidade e complexidade clínica, favorecendo um acompanhamento mais adequado, oportuno e resolutivo (BRASIL, 2021). Os critérios utilizados envolvem histórico clínico, uso de psicofármacos, comorbidades, suporte social e outros elementos relevantes (SILVA & ALMEIDA, 2020). A utilização de instrumentos padronizados têm demonstrado eficiência na organização dos processos de trabalho, o que permite identificar e priorizar casos mais complexos (BRASIL, 2019). Ademais, como complemento ao suporte à saúde mental e reabilitação psicossocial, as diretrizes vigentes recomendam a incorporação de abordagens não farmacológicas como as práticas integrativas e atividades comunitárias

Apesar dos avanços decorrentes das transformações já ocorridas, estudos mostram que ainda persistem diversos desafios tanto no âmbito nacional quanto na APS. Entre eles, destacam-se a insuficiência de implementação e de educação permanente relacionadas às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), além da falta de apoio da gestão para consolidar tais iniciativas (ZAMBELLI, 2024). A incorporação dessas práticas aos processos de cuidado enfrenta ainda obstáculos práticos, como disponibilidade limitada de recursos, formação inadequada das equipes e insuficiente estruturação de espaços e tempos destinados às atividades no cotidiano dos serviços (BARROS, SPADACIO, COSTA, 2018). Os quais destacam que o “desafio para as equipes multiprofissionais, no entanto, é de estabelecer fluxos de comunicação interpessoais que possibilitem a discussão dos problemas cotidianos, com liberdade para todos participarem das decisões”. Segundo autores, há a necessidade de ampliação e aprofundamento de estudos e pesquisas sobre a temática da avaliação econômica em PICS”, bem como uma transição que vai da psiquiatria para a saúde



mental, “encontrando também a visão de modo psicossocial, o que representa sem dúvida uma ampliação do campo conceitual é uma inovação no aspecto ético da psiquiatria”. (AMARANTE, 2018b; SOUSA, 2017).

Considerando tais desafios e a lacuna de estudos que descrevam como a estratificação de risco em saúde mental se concretiza no cotidiano das unidades de saúde, incluindo a integração de práticas terapêuticas comunitárias e práticas integrativas. O presente estudo teve como objetivo analisar a organização do processo de trabalho voltado às pessoas em uso de medicamentos controlados em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Ponta Grossa, Paraná (PR). Buscou-se compreender como ocorreu a estratificação de risco, quantificar o número de usuários atendidos e descrever as práticas terapêuticas, farmacológicas e integrativas, adotadas pela equipe da APS.

METODOLOGIA

A UBS que foi realizada o estudo é responsável pelo acompanhamento de aproximadamente 9.500 usuários cadastrados no sistema Tasy. A população adscrita da UBS inclui 5.273 mulheres, aproximadamente 600 pessoas com hipertensão (6,32%), 450 com diabetes (4,7%), 998 idosos (10,5%), 123 crianças menores de um ano (1,30%), 246 menores de cinco anos (2,60%), 1.429 crianças de cinco a quinze anos (15,5%) e mais de 380 pessoas em uso de medicamentos controlados para saúde mental, público parcialmente utilizado para compor esse estudo.

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, voltado para analisar a organização do processo de trabalho relacionado aos usuários em uso de medicamentos controlados na Atenção Primária. Diante desse contexto, o estudo dividiu-se em duas etapas complementares — prática e teórica — utilizando a metodologia do Arco de Maguerez que consiste em cinco etapas: observação da realidade, identificação de pontos críticos, teorização, proposição de soluções e aplicação na prática. (BERBEL, GAMBOA, SÁNCHEZ, 2011). A seguir segue as etapas realizadas.



1- Observação da realidade (agosto/2025)

Após aprovação ética, realizou-se um levantamento dos usuários da UBS em uso de medicamentos controlados. Criou-se um banco de dados em planilha do Google Drive para monitoramento sistemático da população e acompanhamento do processo de estratificação

2. Identificação dos pontos críticos (agosto a setembro/2025)

Foram identificadas as seguintes fragilidades: inexistência de estratificação de risco em saúde mental; fluxo desorganizado para atendimento dessa população; busca dos usuários apenas para renovação de receitas; ausência de práticas integrativas como parte do cuidado; demora nos encaminhamentos de saúde mental para serviços especializados.

3. Teorização (setembro a novembro/2025)

Foram utilizados como motores de busca os indexadores Google Scholar, Scopus e Web of Science para seleção dos artigos, através dos unitermos "saúde mental, atenção primária à saúde, estratificação de risco, práticas integrativas". As referências utilizadas no presente trabalho concentram-se majoritariamente no período entre 2018 e 2024. Obras anteriores, a partir de 1999, foram empregadas de forma complementar, com finalidade conceitual e histórica.

4. Construção das hipóteses de solução (setembro a novembro/2025)

As hipóteses definidas foram: Implementar estratificação de risco sistemática; organizar um fluxo específico para usuários em uso de psicotrópicos; ampliar o cuidado com práticas integrativas; fortalecer o vínculo da equipe com os pacientes; além de incentivar a autonomia da comunidade (AGUIAR, KANAN & MASIERO, 2020).

5. Aplicação na prática (setembro a dezembro/2025)



Para a estratificação de risco, aplicou-se um instrumento, com pontuações que variam de acordo com a gravidade dos casos: baixo risco: 0 a 40 pontos; médio risco: 42 a 70 pontos; alto risco: 72 a 240 pontos (Anexo 1). Essa classificação possibilitou o direcionamento adequado do cuidado: os pacientes de baixo risco foram mantidos sob cuidado da unidade de saúde, os de médio risco foram encaminhados ao CAPS via Sistema Nacional de Regulação (SISREG), mantendo acompanhamento na APS, e os de alto risco foram encaminhados aos CAPS especializados, sem perda do vínculo com a unidade.

Foi criado um procedimento específico de atendimento para esse público, com consultas marcadas às sextas-feiras, tanto de manhã quanto à tarde. Quando esses usuários chegam à recepção da unidade de saúde, são atendidos por um profissional que coleta seus dados e identifica a pessoa usando um documento com foto. Após isso, os dados são inseridos no sistema para dar sequência ao atendimento na etapa de triagem, normalmente conduzida por um técnico de enfermagem.

Esse técnico encaminha o paciente para um enfermeiro, educador físico, odontólogo ou farmacêutico, profissionais responsáveis por ouvir com atenção e aplicar um formulário de avaliação de risco. Alguns desses usuários também eram convidados a participar de práticas integrativas, como aromaterapia, arteterapia e outras atividades em grupo. Essas ações têm o objetivo de promover o bem-estar, fortalecer vínculos e diminuir a necessidade de uso excessivo de medicamentos.

Em outro momento, esses usuários que aceitaram passar pela etapa citada acima são encaminhados para a consulta médica, na qual será realizada prescrição de medicamentos, orientação ou encaminhamento para psicólogo/psiquiatra via sistema. Quando realizada a estratificação e acaba sendo alto risco, o usuário é encaminhado ao CAPS. Em situações de urgência psiquiátrica, é necessário chamar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), o qual direciona o usuário para unidade de pronto atendimento (UPA).

A utilização do Arco de Magueres permitiu integrar a vivência prática da equipe com a fundamentação teórica, favorecendo a reorganização do processo de trabalho e a construção de intervenções coerentes com a realidade local.



Monitoramento e avaliação

O monitoramento ocorreu mensalmente por meio de reuniões de equipe, nas quais se discutiram dificuldades, potencialidades e ajustes necessários. As discussões foram registradas em atas mensais, servindo como instrumento de avaliação qualitativa e reorganização contínua do plano de ação.

Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais (CESCAGE/PR), sob o CAAE 90677725.3.0000.5215, com parecer nº 7.783.573, emitido em 21 de agosto de 2025.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para melhorar o acesso e a resolutividade, os atendimentos foram reorganizados por meio de agendas específicas às sextas-feiras, contemplando consultas médicas, práticas integrativas e ações interprofissionais.

Dessa forma, obteve-se uma agenda de serviços mais fluida na unidade. Como elucidado por Starfield (2002), a unidade de saúde exerce um papel de porta de entrada para diversos problemas de saúde, sendo o ponto de conexão entre a comunidade e o serviço especializado, visto que os profissionais de saúde em serviço são os primeiros a observar e apontar a gravidade do caso de cada paciente e se este necessita ou não de atendimento adicional, filtrando os pacientes nos quais apenas o acompanhamento dentro da unidade é suficiente dos que a atenção especial, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) precisam agir em conjunto para uma solução satisfatória do caso.

Conforme Silva *et al.* (2018) a Atenção Primária à Saúde, orientada pelo princípio da integralidade e pelo trabalho interdisciplinar, constitui-se como a principal porta de entrada do sistema de saúde, promovendo um cuidado contínuo e articulado entre os diferentes níveis de atenção, com foco nas necessidades individuais de saúde. Portanto, a integralidade quando bem exercida, seja pelo encaminhamento ao especialista, seja



pela ação do grupo de apoio dentro da unidade ou pelas consultas regulares com o médico da família, aumenta a satisfação do usuário com o serviço, assim como atesta que os profissionais de saúde dentro da unidade são capacitados para melhor assistir sua área de cobertura.

Como esclarecido anteriormente, as consultas foram elaboradas de forma integrada, focadas no usuário como centro de cuidado, e envolveram o acolhimento, a estratificação de risco, a avaliação médica e a participação dos pacientes em Práticas Integrativas de Saúde (PICS), como aromaterapia, musicoterapia e terapia comunitária integrativa. Sobre isso, Pinto *et al.* (2011) destaca a importância do trabalho interdisciplinar da equipe de saúde, na qual cada profissional contribui da perspectiva de sua área de atuação para o cuidado dos usuários. No grupo de apoio envolvendo as PICS, por exemplo, estavam incluídos os enfermeiros, os técnicos de enfermagem e as residentes, sendo uma farmacêutica, uma dentista e uma educadora física, além do suporte das agentes comunitárias de saúde (ACS), evidenciando o propósito de uma equipe multidisciplinar forte na promoção da melhora da qualidade de vida da população. Outro ponto a se ressaltar é que tais práticas aumentam a sensação de acolhimento no usuário, já que a escuta por parte de diversos profissionais eleva sua segurança com o serviço.

Identificou-se um número total de aproximadamente 380 pacientes cadastrados em uso de medicações controladas. Esses pacientes foram monitorados por meio de planilhas no Google Drive, facilitando o acompanhamento contínuo e a avaliação dos casos. Dentre esse grupo, 82 pacientes foram estratificados com o uso de instrumentos padronizados: 13 foram classificados como alto risco, 30 como risco intermediário e 39 como baixo risco.

Elaborado em 2014 e atualizado em 2020 pela Secretaria do Estado do Paraná (SEP), a Estratificação de Risco em Saúde Mental (ERSM) é uma ferramenta que contribui para a qualificação e compartilhamento do cuidado entre a atenção primária em saúde (APS) e a atenção especializada (AE) em saúde mental, ampliando do olhar técnico e melhora do acesso do usuário, além de facilitar o dimensionamento da demanda em saúde mental dentro território.

Ressalta-se ainda que a unidade de saúde é quem ordena o cuidado e mantém a longitudinalidade do serviço, ou seja, os pacientes continuam sob o cuidado da APS,



mesmo quando encaminhados para o especialista. Entretanto, a diferença é que os casos de alto risco são encaminhados “via porta aberta” para avaliação no CAPS, enquanto os de risco intermediário são direcionados para atendimento com psiquiatra ou psicólogo via SISREG. Apesar da função da APS como ordenadora do cuidado, estudos trazidos por Rodrigues *et al.* (2014) apontam que esta, como eixo central do cuidado, tem encontrado vários desafios na coordenação e integração entre as redes, tais quais a falta de apoio e logística e falta de fluxos de comunicação. Tais falhas de associação entre as redes levam a processos de produção social em saúde defeituosos, já que, se uma das partes não funciona corretamente, a resolução do caso do usuário torna-se ineficaz e demorada.

Como já citado anteriormente, outras atividades desenvolvidas pela equipe multi envolveram Práticas Integrativas de Saúde com o intuito de melhorar o cuidado ao paciente, a tabela a seguir destaca as práticas incluídas:

Tabela 1. Práticas Integrativas de Saúde realizadas em pacientes em uso de psicotrópicos

Área	Práticas / Atividade	Encontros
Terapias corporais e de relaxamento	Meditação, relaxamento, exercícios físicos, massagem nas mãos	4
Expressões artísticas	Pintura, dança, biscuit, desenhos	4
Musicoterapia	Sessões durante o dia das consultas	2
Terapias complementares	Auriculoterapia, aromaterapia, óleos essenciais (capim-limão, citronela, limão siciliano)	4
Fitoterapia e acolhimento	Chás (camomila, erva-doce, hortelã), bolachinhas	4

FONTE: autor 2025 - Sessões de PICs na APS, atividades elaboradas e aplicadas com base nas terapias alternativas



Dessa forma, entre os meses de setembro a novembro cerca de trinta usuários participaram das práticas integrativas listadas acima, os quais foram selecionados por convite espontâneo conforme disponibilidade de números de profissionais para realizar as atividades. As práticas integrativas devem ser discutidas como parte da integralidade do cuidado, avaliando seu impacto e engajamento no tratamento dos pacientes que participaram das atividades. A esse respeito, Tesser, *et al.* (2018) indica as práticas integrativas como redutoras de ansiedade e capazes de melhorar o bem-estar. Ainda sobre este ponto, MENDES *et al.*, (2019) enfatiza que as Práticas Integrativas são complementos do cuidado e contribuem para o bem-estar geral da pessoa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A incorporação da saúde mental como componente estruturante da APS ainda enfrenta barreiras importantes, que incluem limitações organizacionais, políticas e de qualificação das equipes. Embora as diretrizes nacionais tenham avançado ao reconhecer a relevância das práticas integrativas e complementares, ainda são evidentes as dificuldades para consolidar modelos eficazes de estratificação de risco e garantir a capacitação contínua das equipes.

A experiência apresentada neste estudo reforça o papel estratégico da APS como coordenadora do cuidado em saúde mental, especialmente quando combina acolhimento qualificado, escuta ativa e a oferta de práticas terapêuticas não farmacológicas. A utilização da estratificação de risco mostrou-se uma ferramenta essencial para o direcionamento adequado dos usuários, favorecendo a articulação entre os diferentes pontos da rede e contribuindo para a organização do processo de trabalho (PARANÁ, 2020).

As ações desenvolvidas, centradas na saúde mental, evidenciam a necessidade de fortalecer o cuidado integral e longitudinal, sobretudo para pessoas em uso de psicotrópicos e com condições crônicas associadas. A integração entre práticas integrativas, acompanhamento interprofissional e monitoramento sistemático constitui



um caminho promissor para ampliar a resolutividade e humanizar as interações no cotidiano dos serviços.

Destaca-se, por fim, a importância de estudos futuros que avaliem o impacto dessas intervenções na qualidade do cuidado, no vínculo estabelecido com os usuários e na efetividade da APS na coordenação da atenção psicossocial. Tais investigações podem contribuir de maneira significativa para o aprimoramento das políticas públicas e para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial, promovendo práticas mais integradoras, resolutivas e alinhadas aos princípios do SUS.

REFERÊNCIAS

Aguiar, J., Kanan, L. A., & Masiero, A. V. (2019). Práticas integrativas e complementares na atenção básica em saúde: Um estudo bibliométrico da produção brasileira. *Saúde em Debate*, 43(123), 1205–1218. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912318>

Alvim, H. B. C. (2024). *Centros de atenção psicossocial (CAPS): Um espaço de luta por efetivação dos direitos às pessoas com transtornos mentais* (Trabalho de conclusão de curso). Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Amarante, P. (2018a). *Psicologia e política de saúde mental no Brasil*. Fiocruz.

Amarante, P. (2018b). *Saúde mental e atenção psicossocial* (2ª ed.). Fiocruz.

Barros, N. F., Spadacio, C., & Costa, M. V. (2018). Trabalho interprofissional e as práticas integrativas e complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: Potenciais e desafios. *Saúde em Debate*, 42(spe1), 163–173. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S111>

Berbel, N. A. N., & Gamboa, S. A. S. (2011). A metodologia da problematização com o Arco de Maguerez: Uma perspectiva teórica e epistemológica. In *Metodologias ativas para a educação*. Universidade Estadual de Londrina. <https://doi.org/10.20396/rfe.v3i2.8635462>



Brasil, D. D. R., & Lacchini, A. J. B. (2021). Reforma psiquiátrica brasileira: Dos seus antecedentes aos dias atuais. *Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental*, 10(1), 14–32.

Brasil. Ministério da Saúde. (2017). *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Diário Oficial da União.

Brasil. Ministério da Saúde. (2018). *Programa Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC)*.

Brasil. Ministério da Saúde. (2019a). *Diretrizes para a organização da atenção integrada em saúde mental na atenção primária à saúde*.

Brasil. Ministério da Saúde. (2019b). *Política Nacional de Saúde Mental*.

Brasil. Ministério da Saúde. (2021). *Manual de estratificação de risco em saúde mental*.

Dantas, M. R. S., et al. (2025). *Rede de atenção psicossocial na região do Seridó Potiguar: Um estudo ecológico*.

Gaino, L. V., et al. (2018). O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: Um estudo transversal e qualitativo. *SMAD – Revista Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drogas*, 14(2), 108–116. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.149449>

Mendes, D. S., et al. (2019). Benefícios das práticas integrativas e complementares no cuidado de enfermagem. *Journal Health NPEPS*, 4(1), 302–318. <http://dx.doi.org/10.30681/252610103452>

Mendes, A., & Carvalho, J. (2022). A influência das práticas integrativas na adesão ao tratamento de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Saúde Mental*, 14(2), 45–60. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i10.32712>

Organização Mundial da Saúde. (2018). *Práticas integrativas e saúde mental*. OMS.

Organização Mundial da Saúde. (2020). *Saúde mental: Fortalecer nossa resposta*. OMS.



Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. (2020). *Estratificação de risco em saúde mental: Instrumento de estratificação em saúde mental*.

Pinto, D. M., et al. (2011). Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: Uma construção coletiva. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 20, 493–502. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000300010>

Ponta Grossa. Secretaria Municipal de Saúde. (2024). *Protocolo de atendimento à saúde mental na atenção primária*. Fundação Municipal de Saúde.

Ribeiro, C. (1999). O atendimento humanizado e sua importância na saúde mental. *Revista de Saúde Pública*, 33(4), 210–225.

Ribeiro, P. R. M. (1999). *Saúde mental no Brasil*. Arte & Ciência.

Rodrigues, L. B. B., et al. (2014). A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: Uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2), 343–352. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.18032012>

Sampaio, M. L., & Bispo, J. P. (2021). Rede de atenção psicossocial: Avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(3), e00042620. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00042620>

Sousa, I. M. C., De Aquino, C. M. F., & Bezerra, A. F. B. (2017). Custo-efetividade em práticas integrativas e complementares: Diferentes paradigmas. *Journal of Management & Primary Health Care*, 8(2), 343–350. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v8i2.557>

Silva, J. F. T., et al. (2021). Os desafios para a implementação das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde. *Revista de Casos e Consultorias*, 12(1), e26298.

Silva, M., & Almeida, R. (2020). Modelos de estratificação de risco em saúde mental: Uma revisão sistemática. *Revista de Psiquiatria e Saúde Pública*, 17(3), 112–130.



Silva, M. F. F., et al. (2018). Integralidade na atenção primária à saúde. *REFACS – Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 6(0).
<https://doi.org/10.18554/refacs.v6i0.2925>

Souza, F., Ferreira, L., et al. (2021). Desafios na implementação da estratificação de risco em saúde mental na APS. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 29(1), 89–102.

Starfield, B. (2002). *Atenção primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. UNESCO/Ministério da Saúde.

Tesser, C. D., Sousa, I. M. C., & Nascimento, M. C. (2018). Práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde brasileira. *Saúde em Debate*, 42, 174–188.

Zambelli, J. C., et al. (2024). Como os gerentes percebem as dificuldades de implantação e implementação das práticas integrativas e complementares em saúde na Atenção Primária à Saúde? *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 34, e34056.
<https://doi.org/10.1590/S0103-7331202434056pt>