

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS**

ANDRÉ LUIZ ASSAD GONÇALVES

**RECIDIVA DE ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM SAÚDE
MENTAL NAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO: UM ESTUDO EM PONTA
GROSSA/PR**

PONTA GROSSA

2026

ANDRÉ LUIZ ASSAD GONÇALVES

**RECIDIVA DE ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM SAÚDE
MENTAL NAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO: UM ESTUDO EM PONTA
GROSSA/PR**

Dissertação apresentada para obtenção do
título de mestre em Ciências Sociais
Aplicadas na Universidade Estadual de
Ponta Grossa, Área de Concentração:
Cidadania e Políticas Públicas, Linha de
Pesquisa: História, Cultura e Cidadania.

Orientadora: Prof. Dra. Lara Simone
Messias Floriano.

Coorientador: Prof. Dr. Bruno Pedroso.

PONTA GROSSA

2026

G635 Gonçalves, André Luiz Assad

 Recidiva de atendimentos de urgência e emergência em saúde mental nas Unidades de Pronto Atendimento: um estudo em Ponta Grossa/PR / André Luiz Assad Gonçalves. Ponta Grossa, 2026.

 133 f.

 Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas - Área de Concentração: História, Cultura e Cidadania), Universidade Estadual de Ponta Grossa.

 Orientadora: Profa. Dra. Lara Simone Messias Floriano.

 Coorientador: Prof. Dr. Bruno Pedroso.

 1. Saúde mental. 2. Urgência e emergência. 3. Recidiva. 4. Unidade de Pronto Atendimento. 5. Atenção psicossocial. I. Floriano, Lara Simone Messias. II. Pedroso, Bruno. III. Universidade Estadual de Ponta Grossa. História, Cultura e Cidadania. IV.T.

CDD: 362.1

TERMO DE APROVAÇÃO

ANDRÉ LUIZ ASSAD GONÇALVES

“Recidiva de Atendimentos de Urgência e Emergência em Saúde Mental nas Unidades de Pronto Atendimento: um estudo em Ponta Grossa/PR”.

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa, pela seguinte banca examinadora:

Ponta Grossa, 11 de agosto de 2026.

Assinatura pelos membros da Banca

Documento assinado digitalmente
 BRUNO PEDROSO
Data: 11/08/2026 16:07:36-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Bruno Pedroso - UEPG-PR - Presidente

Documento assinado digitalmente
 GUSTAVO ZAMBENEDETTI
Data: 11/08/2026 15:53:40-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Gustavo Zambenedetti - UNICENTRO-PR - Membro Externo

Documento assinado digitalmente
 CARLOS EDUARDO CORADASSI
Data: 11/08/2026 16:39:13-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Carlos Eduardo Coradassi - UEPG-PR - Membro Interno

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora, Prof. Dra. Lara Simone Messias Floriano, pela condução cuidadosa deste percurso, pela leitura atenta, pelas provocações necessárias e pela confiança depositada na construção desta pesquisa.

Ao meu coorientador, Prof. Dr. Bruno Pedroso, pelo apoio no processo.

Aos membros da banca de qualificação e defesa, Prof. Dr. Carlos Eduardo Coradassi e Prof. Dr. Gustavo Zambenedetti, pelas leituras generosas, pelas críticas e pelas sugestões que contribuíram para qualificar esta dissertação.

À Universidade Estadual de Ponta Grossa e ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas, pela oportunidade de formação acadêmica e pela possibilidade de desenvolver uma pesquisa vinculada a um problema concreto do território.

À Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa, à Escola de Saúde Pública e às instituições envolvidas na autorização e disponibilização dos dados, pela viabilização desta pesquisa.

Aos trabalhadores e trabalhadoras da rede pública de saúde mental e de urgência e emergência, especialmente aqueles que sustentam cotidianamente o cuidado em situações de crise, muitas vezes em contextos marcados por limites institucionais, sobrecarga e incerteza.

Aos colegas de trajetória profissional e acadêmica, em especial às amigas Patrícia e Camila, pelo incentivo, pelas conversas, trocas, inquietações e experiências compartilhadas, que ajudaram a dar forma às perguntas que atravessam este trabalho.

À minha família, Surei, Edimário, Daniele, Eduardo, Maryne e Miguel que, de diferentes modos, estiveram presentes ao longo deste processo, pelo apoio, pela paciência e pela compreensão diante das ausências e exigências que acompanham a escrita de uma dissertação. À Danuta e ao Floriano (*in memoriam*), pelo afeto e pela presença que permanecem e que cuja memória acompanha este percurso.

Por fim, agradeço a todos aqueles que defendem o Sistema Único de Saúde, a Reforma Psiquiátrica Brasileira e o cuidado em liberdade. Esta pesquisa se inscreve nesse campo de compromisso.

“A liberdade é terapêutica.”
Franco Basaglia

RESUMO

Este estudo investiga as recidivas de atendimentos de urgência e emergência em saúde mental nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) do município de Ponta Grossa/PR, nos anos de 2024 e 2025, com o objetivo de compreender como esses retornos se distribuem na rede local, quais perfis de usuários se tornam mais visíveis nesse movimento e em que medida a recorrência pode ser interpretada à luz do manejo da crise, da continuidade do cuidado e da organização da Rede de Atenção Psicossocial. Parte-se do entendimento de que a recidiva não deve ser lida apenas como repetição quantitativa de episódios, mas como fenômeno capaz de tornar visíveis tensões entre sofrimento psíquico, centralidade da atenção aguda e limites da articulação em rede. Trata-se de pesquisa aplicada, quantitativa, observacional, retrospectiva, documental e descritivo-analítica, baseada em dados secundários extraídos do sistema informatizado institucional e reorganizados em base analítica própria, em diálogo com o mirante epistemológico de Alain Desrosières. O universo analisado reuniu 14.505 atendimentos elegíveis, referentes a 9.885 usuários distintos, realizados nas UPAs Santana, Santa Paula e Uvaranas. A análise foi conduzida em duas escalas, no nível dos registros e no nível dos usuários, com construção de variáveis derivadas, classificação da intensidade da recidiva, análise da temporalidade dos retornos e cruzamentos entre variáveis clínicas, sociodemográficas e organizacionais. A leitura comparativa entre os dois anos exige cautela: a inauguração da UPA Uvaranas em junho de 2025 alterou estruturalmente a configuração da rede, afetando o volume de atendimentos e os padrões de circulação entre unidades. Os resultados mostraram que 2.621 usuários apresentaram mais de um atendimento no biênio, correspondendo a 26,5% do total, mas concentrando 49,9% de todos os atendimentos. Predominaram os casos de baixa intensidade, embora um contingente menor tenha concentrado três, quatro, cinco ou mais passagens pelas UPAs. Observou-se presença expressiva de retornos em janelas curtas, especialmente em 2025, indicando que, para parte dos usuários, a urgência opera como recurso reiterado diante de trajetórias marcadas por persistência do sofrimento ou fragilidade de continuidade do cuidado. No plano clínico, destacou-se a predominância dos transtornos ansiosos e relacionados ao estresse, ao lado da presença relevante de transtornos psicóticos, autolesão/comportamento suicida e transtornos relacionados ao uso de álcool e outras substâncias. A alta intensidade da recidiva mostrou-se proporcionalmente mais expressiva entre usuários com transtornos relacionados ao uso de outras substâncias, quadros psicóticos e transtornos relacionados ao uso de álcool. O achado mais expressivo foi a associação entre maior intensidade da recidiva e circulação entre mais de uma UPA, sugerindo que a repetição de atendimentos se expressa também como dispersão assistencial no interior da rede de urgência. Conclui-se que a recidiva nas UPAs constitui fenômeno empiricamente relevante e analisador importante do manejo local da crise, da centralidade da urgência no cuidado em saúde mental e dos limites da continuidade do cuidado em rede, contribuindo para o debate acadêmico e para o monitoramento e a gestão municipal da atenção psicossocial.

Palavras-chave: Saúde Mental. Urgência e Emergência. Recidiva. Unidade de Pronto Atendimento. Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

This study investigates recurrences of mental health urgent and emergency care visits at the Emergency Care Units (UPAs) in the municipality of Ponta Grossa, Paraná, Brazil, in 2024 and 2025, aiming to understand how these returns are distributed within the local service network, which user profiles become more visible in this movement, and to what extent recurrence can be interpreted in light of crisis management, continuity of care, and the organization of the Psychosocial Care Network. Recurrence is understood not merely as the quantitative repetition of episodes, but as a phenomenon capable of revealing tensions between psychological distress, the centrality of acute care, and the limits of network articulation. This is an applied, quantitative, observational, retrospective, documentary, and descriptive-analytical study based on secondary data extracted from the institutional information system and reorganized into an original analytical database, in dialogue with Alain Desrosières epistemological perspective. The analyzed universe comprised 14,505 eligible visits referring to 9,885 distinct users treated at the Santana, Santa Paula, and Uvaranas UPAs. The analysis was conducted at two levels, records and users, and included derived variables, classification of recurrence intensity, analysis of return timing, and cross-tabulations among clinical, sociodemographic, and organizational variables. Comparative interpretation between the two years requires methodological caution: the inauguration of UPA Uvaranas in June 2025 structurally altered the municipal urgent care network, affecting visit volumes and circulation patterns between units. Results showed that 2,621 users had more than one visit during the two-year period, corresponding to 26.5% of all users but accounting for 49.9% of all visits. Low-intensity recurrence predominated, although a smaller group accounted for three, four, five, or more visits. A significant number of returns occurred within short time intervals, especially in 2025, indicating that urgent care functions as a recurrent resource for users in trajectories marked by persistent distress or fragile continuity of care. Clinically, anxiety and stress-related disorders predominated, alongside psychotic disorders, self-harm/suicidal behavior, and alcohol- and substance-related disorders. High-intensity recurrence was proportionally more expressive among users with other substance-related disorders, psychotic conditions, and alcohol-related disorders. The most expressive finding was the association between higher recurrence intensity and circulation across more than one UPA, suggesting that repeated visits also express dispersed trajectories within the urgent care network. It is concluded that recurrence at UPAs constitutes an empirically relevant phenomenon and an important indicator of local crisis management, the centrality of urgent care in mental health, and the limits of continuity of care within the network, contributing to academic debate and to the monitoring and municipal management of psychosocial care.

Keywords: Mental Health. Urgent and Emergency Care. Recurrence. Emergency Care Unit. Psychosocial Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	– Síntese do desenho metodológico.....	23
Figura 1	– Localização das Unidades de Pronto Atendimento no perímetro urbano de Ponta Grossa/PR.....	26
Quadro 2	– Definições operacionais centrais da pesquisa.....	34
Gráfico 1	– Visão geral da base analítica.....	63
Gráfico 2	– Distribuição percentual dos atendimentos segundo unidade e ano.....	65
Gráfico 3	– Faixas etárias dos usuários distintos no biênio.....	68
Gráfico 4	– Principais grupos diagnósticos analíticos no biênio.....	69
Gráfico 5	– Intensidade da recidiva por período.....	71
Gráfico 6	– Temporalidade dos retornos por período.....	71
Gráfico 7	– Distribuição da intensidade da recidiva entre usuários recorrentes.....	72
Gráfico 8	– Circulação entre unidades entre usuários com recidiva.....	74
Gráfico 9	– Intensidade da recidiva por grupo diagnóstico predominante.....	76
Gráfico 10	– Intensidade da recidiva por UPA predominante.....	78
Gráfico 11	– Intensidade da recidiva por sexo.....	79
Gráfico 12	– Intensidade da recidiva por faixa etária.....	80
Gráfico 13	– Circulação entre unidades e intensidade da recidiva.....	81

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	– Indicadores gerais da base analisada.....	63
Tabela 2	– Distribuição dos atendimentos segundo unidade e ano.....	65
Tabela 3	– Perfil sociodemográfico dos usuários distintos, por período.....	67
Tabela 4	– Principais grupos diagnósticos analíticos entre usuários distintos.....	68
Tabela 5	– Intensidade da recidiva e temporalidade dos retornos.....	70
Tabela 6	– Intensidade da recidiva entre usuários recorrentes no biênio.....	72
Tabela 7	– Circulação entre unidades entre usuários com recidiva.....	74
Tabela 8	– Intensidade da recidiva por grupo diagnóstico predominante.....	75
Tabela 9	– Intensidade da recidiva por UPA predominante.....	77
Tabela 10	– Intensidade da recidiva por sexo.....	79
Tabela 11	– Intensidade da recidiva por faixa etária.....	80
Tabela 12	– Circulação entre unidades e intensidade da recidiva.....	81

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEP/Conep	Comitê de Ética em Pesquisa/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CID-10	Classificação Internacional de Doenças – 10ª revisão
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CT	Comunidade Terapêutica
IAG	Inteligência Artificial Generativa
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INDSH	Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
ISAC	Instituto Saúde e Cidadania
LGPD	Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais
OMS	Organização Mundial da Saúde
PR	Paraná
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SEI	Sistema Eletrônico de Informações
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
UA	Unidade de Acolhimento
UEPG	Universidade Estadual de Ponta Grossa
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
1.1	REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA EM PERSPECTIVA CONJUNTURAL.....	12
1.2	DAS TENSÕES DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL AO PROBLEMA DAS RECIDIVAS NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	14
1.3	OBJETIVOS.....	17
1.3.1	Objetivo geral.....	17
1.3.2	Objetivos específicos.....	17
1.4	JUSTIFICATIVA.....	17
1.5	PROPOSIÇÕES ANALÍTICAS.....	20
2	METODOLOGIA.....	23
2.1	NATUREZA E DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	24
2.2	CAMPO DE ESTUDO, FONTE DE DADOS E RECORTE TEMPORAL.....	25
2.3	CONSTITUIÇÃO DE BASE ANALÍTICA.....	28
2.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO, EXCLUSÃO E EXTRAÇÃO DE DADOS.....	29
2.5	VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	31
2.5.1	Variáveis de identificação e organização do atendimento.....	31
2.5.2	Variáveis sociodemográficas.....	31
2.5.3	Variáveis clínicas.....	31
2.5.4	Variáveis derivadas.....	32
2.6	DEFINIÇÕES OPERACIONAIS.....	32
2.7	PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS.....	35
2.8	ASPECTOS ÉTICOS.....	36
3	REFERENCIAIS.....	39
3.1	ESTADO DA ARTE.....	39
3.1.1	Percurso metodológico do estado da arte.....	39
3.1.2	Caracterização da produção encontrada.....	41
3.1.3	Síntese crítica do estado da arte e lacunas do campo.....	44
3.2	MIRANTE EPISTEMOLÓGICO.....	45
3.2.1	Alain Desrosières e a problematização das estatísticas.....	45
3.2.2	Convenção, classificação e quantificação.....	47
3.2.3	Implicações do mirante epistemológico para a presente pesquisa.....	48
3.3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	50
3.3.1	Crise em saúde mental e atenção em urgência e emergência.....	51
3.3.2	Recidiva, readmissão, reinternação e porta giratória.....	54
3.3.3	Reforma Psiquiátrica Brasileira, RAPS e cuidado em liberdade.....	56
3.3.4	Micropolítica do cuidado, gestão do cuidado e articulação em rede.....	58
4	RESULTADOS.....	62
4.1	CARACTERIZAÇÃO GERAL DA BASE.....	62
4.2	DISTRIBUIÇÃO DOS ATENDIMENTOS SEGUNDO UNIDADE E ANO.....	64
4.3	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DOS USUÁRIOS.....	66
4.4	INTENSIDADE DA RECIDIVA E TEMPORALIDADE DOS RETORNOS.....	69

4.5	CIRCULAÇÃO ENTRE UNIDADES.....	73
4.6	CRUZAMENTOS ANALÍTICOS DA INTENSIDADE DA RECIDIVA.....	74
4.6.1	Intensidade da recidiva × grupo diagnóstico predominante.....	74
4.6.2	Intensidade da recidiva × UPA predominante.....	77
4.6.3	Intensidade da recidiva × sexo.....	78
4.6.4	Intensidade da recidiva × faixa etária.....	79
4.6.5	Circulação entre unidades × intensidade da recidiva.....	80
4.7	SÍNTESE ANALÍTICA DOS RESULTADOS.....	81
5	DISCUSSÃO.....	84
5.1	RECIDIVA, INTENSIDADE E MANEJO DA CRISE EM SAÚDE MENTAL.....	84
5.2	PERFIS DE MAIOR INTENSIDADE DA RECIDIVA E HETEROGENEIDADE DO SOFRIMENTO PSÍQUICO.....	87
5.3	CIRCULAÇÃO ENTRE UNIDADES, GESTÃO DO CUIDADO E CONTINUIDADE NA REDE LOCAL.....	90
5.4	LIMITES INTERPRETATIVOS DOS DADOS INSTITUCIONAIS E APROXIMAÇÕES PRUDENTES COM O DEBATE SOBRE PORTA GIRATÓRIA.....	96
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	100
6.1	SÍNTESE DOS PRINCIPAIS ACHADOS.....	100
6.2	CONTRIBUIÇÕES DA PESQUISA E IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO MUNICIPAL.....	101
6.3	LIMITES DO ESTUDO E PERSPECTIVAS FUTURAS.....	105
6.4	FECHAMENTO.....	107
	REFERÊNCIAS.....	110
	APÊNDICE A – MAPEAMENTO DOS DIAGNÓSTICOS REGISTRADOS NO SISTEMA E SUA RECATEGORIZAÇÃO ANALÍTICA.....	117
	APÊNDICE B – ESTRATÉGIA DE BUSCA BIBLIOGRÁFICA.....	119
	APÊNDICE C – ROTEIRO DE LEITURA E EXTRAÇÃO DOS ESTUDOS.....	120
	APÊNDICE D – QUADRO-SÍNTESE DOS ESTUDOS INCLUÍDOS NO ESTADO DA ARTE.....	121
	APÊNDICE E – QUADRO DE CATEGORIAS ANALÍTICAS DO ESTADO DA ARTE.....	124
	ANEXO A – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL.....	125
	ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP.....	126
	ANEXO C – DECLARAÇÃO DE VINCULAÇÃO.....	133

1 INTRODUÇÃO

1.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA EM PERSPECTIVA CONJUNTURAL

A análise de conjuntura, tal como proposta por Herbert de Souza, o Betinho, não se reduz à descrição isolada de fatos, mas consiste em leitura situada da realidade, construída a partir da articulação entre acontecimentos, atores, cenários, relações de força e seus vínculos com processos estruturais mais amplos. Em sua formulação, trata-se de uma “mistura de conhecimento e descoberta”, isto é, de um esforço interpretativo orientado por problemas concretos e por necessidades históricas específicas, e não de uma leitura neutra ou meramente contemplativa da realidade (Souza, 1984). Nessa perspectiva, optou-se por iniciar a presente dissertação com breve análise de conjuntura da política brasileira de saúde mental, porque o objeto investigado, as recidivas de atendimentos em saúde mental nas Unidades de Pronto Atendimento, não emerge de forma isolada, mas se inscreve em cenário marcado por disputas entre modelos de cuidado, inflexões normativas e tensões permanentes no interior da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica Brasileira representa um processo histórico, político e institucional de deslocamento progressivo do modelo asilar para formas territorializadas e comunitárias de atenção à saúde mental. A Lei nº 10.216, de 2001, consolidou esse movimento no plano normativo ao redirecionar o modelo assistencial e afirmar a proteção de direitos das pessoas com transtornos mentais, reforçando a centralidade do cuidado em liberdade e a redução da internação psiquiátrica como resposta privilegiada ao sofrimento psíquico (Brasil, 2001). Posteriormente, a Portaria nº 3.088, de 2011, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), definindo a articulação entre Atenção Primária à Saúde (APS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), atenção hospitalar, serviços residenciais terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA), comunidades terapêuticas (CTs), estratégias de reabilitação psicossocial e componentes da urgência e emergência (Brasil, 2011). Esses marcos indicam que o cuidado em saúde mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), passa a ser formalmente pensado como cuidado em rede, territorializado e orientado pela integralidade (Amarante, 2015).

Contudo, uma leitura conjuntural mostra que esse processo não se desenvolve de forma linear, homogênea ou concluída. Amarante (2015) e Onocko-Campos (2019) mostram que, mesmo após avanços importantes da Reforma Psiquiátrica Brasileira, o campo da saúde mental permanece atravessado por disputas entre projetos de cuidado distintos, envolvendo, de um lado, a defesa da atenção psicossocial, do cuidado em liberdade e da rede territorial e, de outro, a revalorização de respostas medicalizantes, hospitalocêntricas e centradas em dispositivos de contenção. Assim, a política de saúde mental não pode ser compreendida apenas a partir de seus enunciados normativos, mas como campo em disputa, no qual coexistem avanços institucionais, permanências históricas e movimentos de retração ou reorientação do modelo assistencial (Amarante, 2015).

Essa tensão entre avanços e retrocessos adquiriu expressão normativa nítida com a publicação da Nota Técnica nº 11/2019, do Ministério da Saúde, documento que reorientou aspectos da Política Nacional de Saúde Mental ao incluir hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas como componentes formais da Rede de Atenção Psicossocial, ampliando o financiamento a dispositivos que o modelo psicossocial havia buscado superar (Brasil, 2019b). Tal movimento evidencia que a disputa entre paradigmas de cuidado não se encerrou com a consolidação normativa da reforma, mas se atualiza permanentemente no interior das definições de política, de financiamento e de organização dos serviços.

Nesse sentido, a análise de conjuntura inspirada em Betinho se mostra útil porque permite observar não apenas a existência de normas e diretrizes, mas também a correlação de forças que atravessa sua implementação. No caso da saúde mental, essa correlação envolve gestores, trabalhadores, usuários, familiares, movimentos sociais, instituições formadoras, dispositivos assistenciais e diferentes racionalidades de cuidado. A Reforma Psiquiátrica Brasileira, portanto, não deve ser lida como processo já estabilizado, mas como construção histórica permanentemente tensionada por disputas sobre o lugar da loucura, o sentido da crise, os modos legítimos de intervenção e a própria definição do que conta como cuidado adequado (Amarante, 2015).

Entre as múltiplas dimensões em que essas disputas se materializam no cotidiano dos serviços, o manejo da crise em saúde mental constitui uma das mais sensíveis e reveladoras. Embora a atenção psicossocial proponha que a crise seja

acolhida no interior da rede, com corresponsabilização entre serviços e sustentação do cuidado no território, Quinderé, Jorge e Franco (2014), Lima e Guimarães (2019) e Sampaio e Bispo Junior (2021) mostram que o momento agudo segue concentrando impasses importantes. A crise convoca resposta rápida, tomada de decisão em contexto de incerteza e definição de fluxos imediatos, o que frequentemente favorece a centralidade de dispositivos de urgência e emergência. Dessa forma, a conjuntura da política de saúde mental também se expressa na maneira como o sistema responde ao sofrimento agudo, seja como evento a ser rapidamente contido e administrado, seja como situação a ser acolhida em articulação com um cuidado longitudinal e territorializado.

É precisamente no manejo da crise, e particularmente na forma como ela é absorvida pelos serviços de urgência e emergência, que essas tensões da política de saúde mental se tornam, também, visíveis. É a partir desse ponto que a presente dissertação delimita seu objeto.

1.2 DAS TENSÕES DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL AO PROBLEMA DAS RECIDIVAS NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Se a análise de conjuntura permite compreender que a política brasileira de saúde mental se desenvolve em meio a disputas entre modelos de cuidado, a passagem para o objeto desta dissertação exige observar como tais tensões se materializam no cotidiano dos serviços. Nesse ponto, a crise em saúde mental adquire centralidade analítica. Isso porque ela constitui um dos momentos em que mais intensamente se evidenciam os limites e as potências da rede, as formas de articulação entre serviços e os modos institucionais de resposta ao sofrimento psíquico. A crise, nessa perspectiva, não corresponde apenas à exacerbação sintomática de um transtorno mental, mas a um acontecimento complexo, que pode envolver sofrimento intenso, ruptura de rotinas, conflitos familiares e territoriais, fragilização da autonomia e necessidade de intervenção rápida em contexto de incerteza (Amarante, 2015; Dias; Fernandes; Ferigato, 2020; Delgado, 2022).

Desta forma, a atenção à crise em saúde mental coloca em evidência uma questão decisiva da política pública: como responder ao sofrimento agudo sem romper com a lógica do cuidado em liberdade, da continuidade do acompanhamento

e da corresponsabilização entre os pontos da Rede de Atenção Psicossocial. Embora a Reforma Psiquiátrica Brasileira tenha afirmado a centralidade da rede territorial e do cuidado comunitário, Quinderé, Jorge e Franco (2014), Lima e Guimarães (2019) e Sampaio e Bispo Junior (2021) mostram que o manejo da crise permanece como dimensão particularmente sensível da atenção em saúde mental, justamente porque convoca decisões rápidas e, ao mesmo tempo, exige articulação entre serviços, territórios e dispositivos de urgência e emergência.

Nesse cenário, os serviços de urgência e emergência assumem papel relevante. As Unidades de Pronto Atendimento, ou UPA 24h, integram a rede pré-hospitalar fixa e ocupam posição intermediária entre a Atenção Primária à Saúde e a atenção hospitalar, destinando-se ao acolhimento e à estabilização de situações agudas, com posterior articulação de encaminhamentos quando necessário (Brasil, [s.d.]). No caso da saúde mental, esses serviços se tornam pontos importantes de absorção de demandas em sofrimento psíquico agudo. Por isso, a análise dos atendimentos neles realizados, a partir de registros administrativos e assistenciais, permite observar padrões de procura, distribuição dos casos e repetição de passagens, oferecendo indicadores relevantes sobre o lugar ocupado pela urgência e emergência na rede local de atenção em saúde mental.

A partir disso, as recidivas de atendimentos de urgência e emergência em saúde mental passam a constituir problema empírico e analítico relevante. A repetição de passagens do mesmo usuário por esses serviços não deve ser tomada, de forma automática, como simples dado quantitativo ou como expressão exclusiva de atributo individual do sujeito. Ao contrário, tais recidivas podem revelar dimensões distintas e articuladas do funcionamento da rede: a persistência do sofrimento psíquico sem adequada resposta longitudinal; a centralidade prática da urgência e emergência como porta de cuidado reiterada para determinados usuários; fragilidades na continuidade do acompanhamento após o episódio agudo; e tensões na articulação entre os diferentes pontos da rede. Em outros termos, o retorno reiterado ao serviço pode funcionar como analisador da organização local do cuidado em saúde mental, ainda que os limites do material documental utilizado impeçam conclusões causais definitivas sobre cada uma dessas dimensões (Amarante, 2015; Lima; Guimarães, 2019; Onocko-Campos, 2019).

A escolha de Ponta Grossa/PR como recorte da pesquisa também se mostra pertinente nesse contexto, dado que se trata de centro urbano de porte intermediário, com rede própria de urgência e emergência estruturada em três Unidades de Pronto Atendimento. Nesse sentido, o município possibilita examinar a atenção em saúde mental em um contexto urbano de porte intermediário, contribuindo para ampliar o olhar sobre realidades que nem sempre recebem centralidade na produção acadêmica, frequentemente voltada aos grandes centros urbanos (Scherer; Amaral, 2020; IBGE, 2025).

É nesse ponto que se inscreve a presente dissertação. Sem pretender esgotar a complexidade da política brasileira de saúde mental, o estudo se volta a um problema específico e empiricamente delimitado: as recidivas de atendimentos em saúde mental nas Unidades de Pronto Atendimento de Ponta Grossa/PR, nos anos de 2024 e 2025. A partir desse recorte, busca-se compreender como tais recidivas se distribuem, que perfis de usuários se tornam mais visíveis nesse movimento e o que esses retornos podem revelar sobre a crise no interior da rede de atenção.

Neste percurso, o problema que orienta a presente pesquisa pode ser formulado nos seguintes termos: *Como se caracterizam as recidivas de atendimentos de urgência e emergência em saúde mental nas Unidades de Pronto Atendimento do município de Ponta Grossa/PR?*

Frente ao problema de compreender como se caracterizam as recidivas de atendimentos de urgência e emergência em saúde mental nas Unidades de Pronto Atendimento, importa explicitar também a perspectiva a partir da qual esse fenômeno será lido. No presente trabalho, entende-se por mirante epistemológico a orientação que permite compreender a natureza dos dados, das categorias analíticas e das formas de produção do conhecimento mobilizadas na pesquisa. Considerando que esta dissertação se baseia em registros administrativos, classificações diagnósticas e indicadores construídos a partir de dados secundários, adota-se Alain Desrosières como mirante epistemológico, especialmente por sua compreensão de que estatísticas, categorias e convenções classificatórias não constituem reflexos neutros da realidade, mas resultam de processos institucionais e analíticos de construção do mundo social (Desrosières, 1998). O desenvolvimento dessa escolha será apresentado no Capítulo 3.

A formulação do problema e a explicitação da perspectiva a partir da qual ele será lido exigem, por sua vez, apresentar os objetivos da pesquisa, as razões sociais, institucionais e acadêmicas que a justificam e as proposições analíticas que orientam sua realização.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo geral

Investigar as recidivas de atendimentos de urgência e emergência em saúde mental nas Unidades de Pronto Atendimento do município de Ponta Grossa/PR.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Caracterizar a distribuição, segundo unidade, ano e mês de ocorrência, dos atendimentos de urgência e emergência em saúde mental nas Unidades de Pronto Atendimento, no período analisado;
2. Descrever o perfil sociodemográfico e clínico dos usuários atendidos;
3. Apontar a frequência e a temporalidade dos retornos;
4. Analisar as recidivas observadas, à luz do referencial teórico adotado.

A delimitação desses objetivos se articula ao problema de pesquisa e prepara, em seguida, a exposição das razões que justificam a relevância social, institucional e acadêmica desta dissertação.

1.4 JUSTIFICATIVA

A justificativa da presente dissertação se sustenta em três planos articulados: o plano social e assistencial, o plano político-institucional e o plano acadêmico-metodológico. Em conjunto, estes planos permitem evidenciar que a investigação das recidivas de atendimentos de urgência e emergência em saúde mental nas Unidades de Pronto Atendimento do município de Ponta Grossa/PR não constitui apenas exercício descritivo sobre uso de serviços, mas estratégia de

produção de conhecimento sobre o manejo da crise, a organização da rede e elementos que podem subsidiar a qualificação do cuidado.

No plano social e assistencial, as recidivas de atendimentos de urgência e emergência em saúde mental ganham relevância porque podem expressar sofrimento psíquico persistente, instabilidade das condições de vida, fragilidade de vínculos terapêuticos e centralidade da atenção aguda na experiência concreta de cuidado de determinados usuários. Em muitos contextos, o retorno reiterado ao serviço tende a ser lido, de forma simplificada, como sinal de “caso difícil”, “demanda repetitiva” ou baixa adesão ao cuidado. Contudo, tal leitura, quando descolada das mediações institucionais e territoriais, pode reforçar processos de estigmatização e obscurecer a complexidade do fenômeno (Lima; Guimarães, 2019; Onocko-Campos, 2019).

No plano político-institucional, a relevância do estudo decorre do próprio lugar que a atenção à crise ocupa na Rede de Atenção Psicossocial. A política de saúde mental Brasileira, especialmente a partir da Lei nº 10.216/2001 e da Portaria nº 3.088/2011, propõe que o cuidado em saúde mental se organize de forma territorializada, contínua e articulada entre diferentes pontos de atenção. Contudo, Quinderé, Jorge e Franco (2014), Lima e Guimarães (2019) e Sampaio e Bispo Junior (2021) mostram que o manejo da crise permanece como uma das dimensões mais desafiadoras da rede, precisamente porque exige capacidade de resposta imediata sem romper com a lógica do cuidado em liberdade e da continuidade do acompanhamento no território.

A escolha do município de Ponta Grossa/PR como recorte da pesquisa também se mostra pertinente nesse contexto. Com uma estimativa de 375.632 habitantes, o município se insere em faixa frequentemente associada, na literatura Brasileira, às cidades médias. Contudo, mais do que o dado demográfico, interessa aqui seu papel de centro urbano intermediário, com rede de serviços consolidada e capacidade de concentrar serviços, fluxos e funções que extrapolam o limite estritamente municipal (IBGE, 2025; Scherer; Amaral, 2020).

Assim, o recorte por Ponta Grossa/PR permite observar a dinâmica da atenção em saúde mental em contexto urbano intermediário, distinto daquele predominante em parte da produção acadêmica concentrada em capitais e grandes centros metropolitanos.

A presente pesquisa também apresenta aderência à linha de pesquisa História, Cultura e Cidadania do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), cuja proposta enfatiza os estudos sobre o desenvolvimento histórico e cultural da sociedade brasileira, com destaque para o espaço regional no qual a UEPG se insere. Embora esta dissertação se concentre em dados de atendimentos de urgência e emergência em saúde mental, seu recorte empírico em Ponta Grossa/PR dialoga diretamente com essa ênfase regional, ao investigar fenômeno socialmente relevante no mesmo território em que a universidade está institucionalmente situada (UEPG, 2026). Desenvolvida no âmbito do curso de mestrado, a pesquisa busca articular rigor acadêmico, pertinência social e potencial aplicabilidade, na medida em que seus resultados podem contribuir para a compreensão mais qualificada das demandas de saúde mental da população e subsidiar decisões estratégicas da gestão municipal no que se refere à organização do cuidado e da rede local de atenção.

No plano acadêmico-metodológico, a pesquisa também se justifica. Embora haja produção relevante sobre saúde mental, crise e serviços de urgência e emergência, ainda se observa menor número de estudos que tomem as recidivas de atendimentos em UPA como objeto central de análise, especialmente em municípios de porte intermediário e no contexto do SUS (conforme demonstrado no estado da arte apresentado no capítulo 3 desta dissertação). Parte importante da literatura sobre repetição de passagens pelo sistema se concentra em reinternações psiquiátricas, readmissões hospitalares ou discussões mais amplas sobre circularidade assistencial. O presente estudo propõe outro movimento: voltar-se às recidivas de atendimentos de urgência e emergência em saúde mental como fenômeno empiricamente observável e analiticamente relevante em si mesmo (Zanardo et al., 2017).

O interesse por esse objeto também dialoga com a inserção profissional do pesquisador no campo da saúde mental pública¹, contexto em que a recorrência de atendimentos em situações de crise se apresenta como questão concreta do cuidado e da organização da rede. A experiência acumulada neste campo permitiu

¹ O pesquisador é psicólogo servidor público do município de Ponta Grossa/PR, atualmente no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD III), após dez anos de atuação no CAPS II do mesmo município. Não possui vínculo profissional com as Unidades de Pronto Atendimento analisadas.

reconhecer que o retorno reiterado de usuários aos serviços de urgência e emergência não constitui apenas dado administrativo ou assistencial, mas fenômeno que interpela a articulação entre crise, cuidado territorial e continuidade da atenção. Contudo, a escolha do tema não se sustenta apenas em motivação pessoal ou inserção profissional, mas na relevância social, institucional e acadêmica do problema investigado.

Frente a esse conjunto de elementos, apresentam-se, a seguir, as proposições analíticas que orientam a leitura do fenômeno investigado.

1.5 PROPOSIÇÕES ANALÍTICAS

Considerando o caráter documental, quantitativo e descritivo-analítico da pesquisa, opta-se por trabalhar com proposições analíticas orientadoras, e não com hipóteses causais estritas. Tal escolha se mostra coerente com a natureza do material empírico mobilizado, composto por registros administrativos de atendimentos de urgência e emergência em saúde mental, bem como com o propósito da dissertação, voltado à descrição e interpretação de padrões de recidiva, sem pretensão de estabelecer relações causais fechadas. Nessa perspectiva, as proposições analíticas aqui apresentadas funcionam como direções iniciais de leitura, formuladas em diálogo com o estado da arte e com o desenho metodológico da pesquisa.

1. A recidiva tende a não se distribuir de forma homogênea entre todos os usuários: Parte-se da proposição de que as recidivas de atendimentos de urgência e emergência em saúde mental não se distribuem uniformemente entre todos os sujeitos atendidos, tendendo a se concentrar em determinados perfis sociodemográficos e clínicos. O estado da arte indica que a atenção à crise em saúde mental envolve demandas heterogêneas, diferentes formas de sofrimento psíquico e distintos modos de circulação dos usuários pelos serviços, o que torna plausível supor que a repetição de passagens pela urgência e emergência também se apresente de forma desigual no interior da base analisada (Dias; Fernandes; Ferigato, 2020; Lima; Guimarães, 2019).

2. A recidiva pode variar segundo unidade, período e temporalidade dos retornos: Admite-se, ainda, que a recorrência possa apresentar distribuição desigual

entre as diferentes Unidades de Pronto Atendimento, entre os anos de 2024 e 2025 e entre distintos recortes temporais de retorno. Essa proposição decorre da compreensão de que a atenção à crise em saúde mental não se realiza de maneira homogênea na rede, sendo atravessada por diferenças na organização assistencial, nos fluxos locais, na absorção da demanda e na forma como os serviços de urgência e emergência se articulam com os demais pontos da rede (Quinderé; Jorge; Franco, 2014; Sampaio; Bispo Junior, 2021).

Cabe ressaltar, nesse ponto, que a comparação entre os dois anos analisados deve ser realizada com cautela metodológica. A inauguração da UPA Uvaranas em junho de 2025 alterou estruturalmente a configuração da rede de urgência municipal no segundo ano do estudo, o que pode ter influenciado tanto o volume de atendimentos registrados quanto os padrões de circulação entre unidades. Essa limitação será retomada e desenvolvida ao longo dos capítulos de metodologia, resultados e discussão.

3. A recorrência pode se associar a formas mais intensivas de uso do serviço (esse conceito será operacionalizado no capítulo metodológico): Outra proposição analítica é a de que a recidiva pode se relacionar a formas mais intensivas de uso da urgência e emergência em saúde mental, expressas tanto na frequência de atendimentos quanto na proximidade temporal entre retornos. Não se trata de presumir, de forma automática, maior gravidade clínica em todos os casos, mas de reconhecer que padrões de repetição e retornos precoces podem indicar persistência do sofrimento, dificuldades no manejo do episódio agudo ou centralidade da urgência e emergência como resposta reiterada disponível para determinados usuários (Dias; Fernandes; Ferigato, 2020).

4. A recidiva pode ser lida como analisador da organização local do cuidado: Por fim, parte-se da proposição de que as recidivas de atendimentos de urgência e emergência em saúde mental podem ser lidas como analisadores da organização local do cuidado, e não apenas como expressão individual do sofrimento psíquico. O termo analisador é aqui empregado em sentido conceitual delimitado, para designar fenômenos, acontecimentos ou registros capazes de tornar visíveis dimensões menos evidentes do funcionamento institucional, especialmente suas tensões, contradições, limites e possibilidades (L'abbate, 2003; Baremlitt, 2002; Lourau, 1995). Nessa direção, o retorno reiterado à UPA não fala apenas pelo usuário

individualmente considerado, mas torna visível o modo como a rede local se organiza, ou deixa de se organizar, para sustentar o cuidado após o episódio agudo. Assim, a recidiva funciona como ponto de observação das relações entre demanda, fluxo e continuidade no interior da rede. O estado da arte mostra que a atenção à crise e a continuidade do cuidado dependem da articulação entre os componentes da Rede de Atenção Psicossocial e da capacidade de distribuir responsabilidades entre os diferentes pontos da rede. Desse modo, o retorno reiterado à UPA pode tornar visíveis tensões entre demanda aguda, organização dos fluxos e centralidade institucional da urgência e emergência no manejo da crise (Quinderé; Jorge; Franco, 2014; Lima; Guimarães, 2019; Sampaio; Bispo Junior, 2021).

Dessa forma, as proposições analíticas aqui apresentadas cumprem função orientadora. Elas não antecipam conclusões nem substituem a análise empírica, mas oferecem balizas compatíveis com o estado da arte e com o desenho metodológico da dissertação. A descrição estatística de variáveis como sexo, idade, grupo diagnóstico analítico, unidade, mês de ocorrência e intervalos entre retornos pode produzir indicadores relevantes para a compreensão da recidiva, sem, contudo, esgotar a complexidade social, institucional e territorial do fenômeno investigado (Cellard, 2008; Sá-Silva; Almeida; Guindani, 2009).

2 METODOLOGIA

Este capítulo apresenta o percurso metodológico da dissertação, explicitando o delineamento do estudo, o campo empírico, a fonte de dados, os critérios de constituição da base analítica, as variáveis mobilizadas, as definições operacionais adotadas e os procedimentos de análise. O objetivo consiste em tornar transparente a passagem dos registros institucionais produzidos no cotidiano assistencial para uma base analítica capaz de descrever, em escala municipal, a recorrência de atendimentos em saúde mental nas Unidades de Pronto Atendimento de Ponta Grossa/PR, nos anos de 2024 e 2025. O Quadro 1 apresenta uma síntese do desenho metodológico.

Quadro 1 – Síntese do desenho metodológico

Elemento	Caracterização
Natureza	Pesquisa aplicada, quantitativa, observacional, retrospectiva, documental e descritivo-analítica.
Campo empírico	UPAs 24h do município de Ponta Grossa/PR: Santana, Santa Paula e Uvaranas.
Fonte de dados	Registros secundários extraídos de sistema informatizado, posteriormente consolidados em planilha eletrônica para fins de pesquisa.
Recorte temporal	Atendimentos realizados entre 1º de janeiro de 2024 e 31 de dezembro de 2025.
Universo analisado	Base final com 14.505 atendimentos elegíveis, referentes a 9.885 usuários distintos.
Níveis analíticos	Leitura em nível de registro, de usuário distinto e de usuário com recidiva.
Estratégia analítica	Estatística descritiva, construção de variáveis derivadas, classificação da intensidade da recidiva, análise da temporalidade dos retornos e cruzamentos simples entre variáveis selecionadas.

Fonte: Elaborado pelo autor (2026).

2.1 NATUREZA E DELINEAMENTO DA PESQUISA

A presente dissertação se caracteriza como pesquisa de natureza aplicada, uma vez que se orienta para a produção de conhecimento com potencial de utilização no campo concreto da gestão e da atenção em saúde mental. Trata-se, ainda, de estudo com abordagem quantitativa, baseado em dados secundários estruturados e posteriormente organizados em base analítica, com vistas à descrição de distribuições, comparação entre grupos e exame de padrões de repetição de atendimentos. A opção por esse delineamento se mostra coerente com o objeto investigado, uma vez que a pergunta de pesquisa exige identificar frequência, perfil e temporalidade dos retornos ao serviço, sem que isso implique experimentação ou intervenção do pesquisador sobre o fenômeno (Gil, 2008; Cellard, 2008; Sá-Silva; Almeida; Guindani, 2009).

Do ponto de vista do delineamento, o estudo assume caráter observacional, retrospectivo, documental e descritivo-analítico. É observacional porque não intervém sobre o fenômeno investigado, limitando-se à leitura de registros previamente produzidos no cotidiano assistencial. É retrospectivo porque incide sobre eventos já ocorridos, referentes ao período de 1º de janeiro de 2024 a 31 de dezembro de 2025. É documental porque utiliza como fonte principal registros institucionais originalmente produzidos para fins clínicos e administrativos, posteriormente transformados em corpus de pesquisa. Nessa direção, reconhece-se, com Cellard (2008) e Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009), que o documento não constitui espelho neutro da realidade, mas material socialmente produzido, cujo uso científico exige exame crítico, padronização e contextualização.

A pesquisa também possui caráter censitário no interior do universo selecionado, pois não trabalha com amostra probabilística, mas com o conjunto dos registros elegíveis extraídos do sistema institucional segundo os critérios adotados (Gil, 2008). Isso amplia a potência descritiva do estudo e favorece a análise do fenômeno em escala municipal. Ao mesmo tempo, o mirante epistemológico assumido na dissertação, em diálogo com Desrosières (1998), exige reconhecer que as categorias, classificações e contagens mobilizadas são também convenções institucionais e analíticas. Assim, a força dos números não dispensa prudência interpretativa. Ao contrário, ela a exige em sentido específico: é necessário tornar

explícito como os dados foram produzidos, filtrados e reorganizados para os fins da pesquisa; de que convenções classificatórias dependem as categorias mobilizadas; e quais limites decorrem do uso de registros produzidos originalmente para finalidades assistenciais e administrativas, e não acadêmicas. É exatamente essa reflexividade metodológica que o mirante epistemológico de Desrosières (1998) torna indispensável e que orienta o tratamento dos dados ao longo desta dissertação.

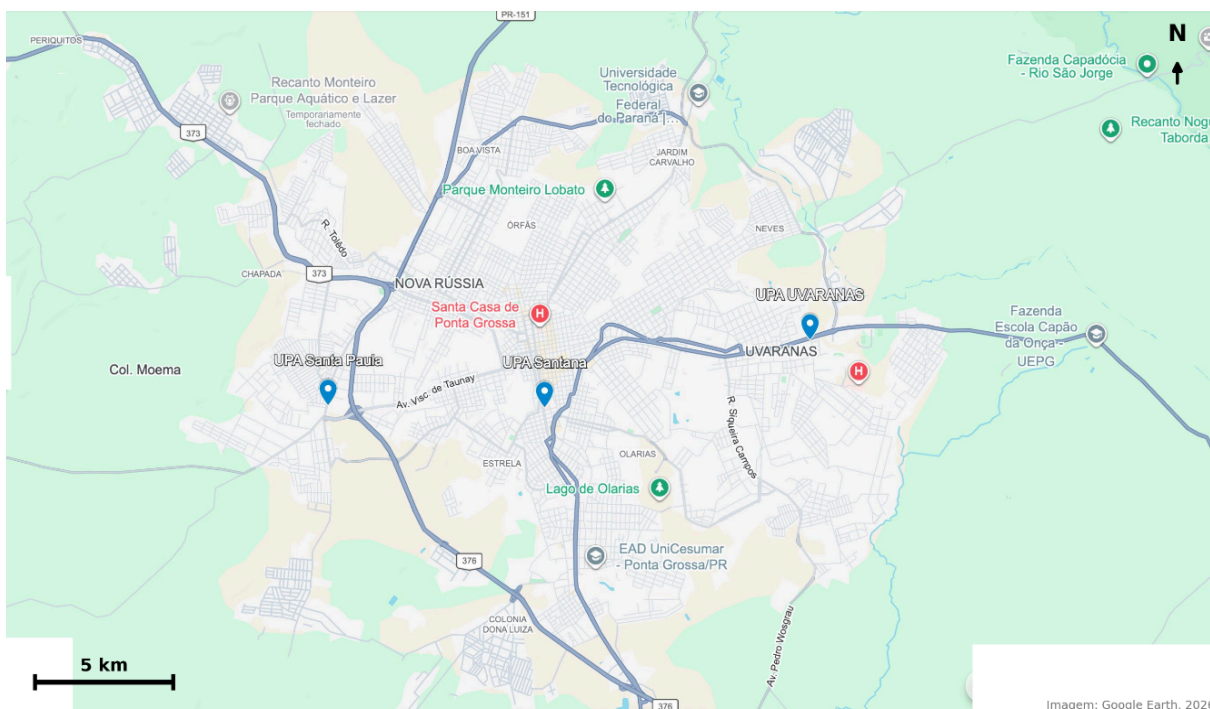
2.2 CAMPO DE ESTUDO, FONTE DE DADOS E RECORTE TEMPORAL

O campo empírico da pesquisa é composto pelas Unidades de Pronto Atendimento 24h do município de Ponta Grossa/PR incluídas no período estudado. A UPA é componente da rede pré-hospitalar fixa de urgência e emergência, destinada ao acolhimento de casos agudos, à estabilização inicial e ao encaminhamento de situações para a rede assistencial, em posição intermediária entre a Atenção Primária à Saúde e a atenção hospitalar (Brasil, [s.d.]).

No recorte adotado, a pesquisa abrange as três unidades presentes no município: UPA Santa Paula, inaugurada em 2014; UPA Santana, inaugurada em 2021; e UPA Uvaranas, inaugurada em junho de 2025. A inclusão das três unidades se justifica porque permite observar a dinâmica municipal dos atendimentos de urgência e emergência em saúde mental em escala mais abrangente, evitando restringir a análise ao funcionamento isolado de um único serviço². No tratamento comparativo entre os anos, respeitou-se a configuração efetiva da rede no período, de modo que a UPA Uvaranas aparece apenas em 2025, quando passa a compor o cenário analisado. No período estudado, a gestão das unidades era realizada em parceria com o Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano (INDSH), responsável pela administração das UPAs Santana e Santa Paula desde 2022 e pela gestão inicial da UPA Uvaranas a partir de junho de 2025 (ISAC, 2021; INDSH, 2023; Ponta Grossa, 2025).

² Não existe norma formal de referenciamento para saúde mental, motivo também de inclusão das três UPAs na análise.

Figura 1 - Localização das Unidades de Pronto Atendimento no perímetro urbano de Ponta Grossa/PR



Fonte: Elaborado pelo autor a partir de imagem do Google Earth (2026).

Nota: O primeiro pin (à esquerda no mapa) é a localização da UPA Santa Paula, o segundo pin (ao centro) corresponde à localização da UPA Santana e o terceiro pin (à direita) é onde fica a UPA Uvaranas, no município de Ponta Grossa, Paraná.

Cabe registrar que o desenho inicial da pesquisa previa apenas o ano de 2025. Durante a etapa de extração, optou-se por ampliar a janela de observação, e se verificou que o sistema institucional retornava dados completos para o ano de 2024, mas não para o ano de 2023, cuja extração apresentou lacunas que comprometeriam a comparabilidade entre períodos. Diante disso, definiu-se o recorte por anos civis completos e integralmente disponíveis na fonte, 2024 e 2025, preservando a consistência da base e a leitura comparativa entre períodos fechados.

A inclusão das três unidades, contudo, impõe uma ressalva metodológica importante para a leitura comparativa entre os dois anos do estudo. Em 2024, o município operava com duas UPAs (Santana e Santa Paula), ao passo que, em 2025, a rede passou a contar com três unidades a partir de junho, com a inauguração da UPA Uvaranas. Isso significa que os dois anos analisados não são estruturalmente equivalentes: o segundo apresenta maior oferta de serviços de urgência por aproximadamente metade de seu período. Essa assimetria afeta diretamente a interpretação dos aumentos observados no volume de atendimentos,

no número de usuários recorrentes e nos padrões de circulação entre unidades em 2025. Embora os dados de ambos os anos sejam analisados e comparados ao longo da dissertação (o que é metodologicamente válido para fins descritivos e de identificação de tendências), qualquer conclusão comparativa entre os dois anos deve considerar essa diferença estrutural como fator que limita a atribuição dos achados exclusivamente a mudanças epidemiológicas, clínicas ou assistenciais. Essa limitação é retomada nas seções de resultados e discussão.

A fonte de dados utilizada consiste em registros secundários extraídos do Tasy, sistema informatizado de gerenciamento de informações em saúde (Philips, [s.d.]). No contexto desta dissertação, o Tasy interessa como fonte institucional de registros clínico-administrativos dos atendimentos realizados nas unidades, e não como objeto de avaliação tecnológica. Sua utilização como base documental exige reconhecer que os dados ali disponíveis são produzidos no interior de rotinas assistenciais e administrativas e, posteriormente, reorganizados para fins de pesquisa. A extração dos dados foi realizada a partir de solicitação formal à Prefeitura Municipal de Ponta Grossa, com geração de relatórios pelo sistema Tasy mediante autorização institucional específica da Escola de Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa, conforme descrito na seção de aspectos éticos. Os relatórios foram exportados em pdf, os dados foram inseridos em planilha eletrônica e submetidos ao processo de tratamento, depuração e recategorização descritos nas seções seguintes.

A base analisada, portanto, circunscreve-se aos atendimentos registrados nas UPAs da rede pública municipal, não contemplando atendimentos realizados na rede privada ou suplementar de saúde. Essa delimitação é relevante porque a saúde suplementar também compõe o cenário assistencial local: segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar, a taxa de cobertura de planos privados de assistência médica em Ponta Grossa/PR era de 28,3% em abril de 2026, considerando registros do Sistema de Informações de Beneficiários da ANS e população DATASUS/MS de 2024 (ANS, 2026).

O recorte temporal da pesquisa compreende o período de 1º de janeiro de 2024 a 31 de dezembro de 2025. A adoção de dois anos consecutivos permite análise anual, comparação entre períodos e consolidação do biênio, com maior robustez descritiva do fenômeno investigado. Além disso, torna possível diferenciar,

metodologicamente, as recidivas observadas no interior de cada ano da recorrência considerada no conjunto do biênio.

2.3 CONSTITUIÇÃO DE BASE ANALÍTICA

A base analítica foi constituída a partir da extração de relatórios do sistema informatizado institucional, posteriormente organizados em planilha eletrônica no Google Planilhas para fins de pesquisa. A transformação dos registros assistenciais em base analítica exigiu seleção, depuração, padronização, ordenação cronológica e recategorização de variáveis, em procedimento coerente com a natureza documental do estudo (Cellard, 2008).

Cada linha da planilha correspondeu a um atendimento registrado nas unidades incluídas no estudo. Assim, a unidade elementar inicial da base é o registro de atendimento. Contudo, como o objeto da dissertação é a recidiva, tornou-se necessário também identificar o usuário como unidade relacional de observação, a fim de vincular múltiplos atendimentos atribuídos à mesma pessoa ao longo do período analisado.

No percurso de organização do banco, a pesquisa partiu de um conjunto inicial de registros extraídos do sistema. Após a revisão da variável diagnóstica e da pertinência analítica de cada ocorrência, 41 registros classificados como diagnósticos não psiquiátricos ou apenas associados foram separados em planilha específica de exclusões, preservando-se a rastreabilidade do processo. A base final de análise reuniu 14.505 atendimentos elegíveis, referentes a 9.885 usuários distintos. Desses, parte apresentou mais de um atendimento no período considerado, o que conferiu centralidade analítica ao estudo da recidiva.

A constituição da base também envolveu trabalho de recategorização diagnóstica. Os diagnósticos registrados originalmente no sistema foram mapeados e reorganizados em grupos diagnósticos analíticos com afinidade clínica e pertinência comum ao campo da saúde mental. No banco consolidado, esse procedimento abrangeu entradas diagnósticas originais, posteriormente reunidas em grupos analíticos, entre eles: transtornos ansiosos e relacionados ao estresse, transtornos psicóticos, autolesão/comportamento suicida, transtornos relacionados ao uso de álcool e transtornos relacionados ao uso de outras substâncias.

Outro aspecto decisivo da constituição da base foi a distinção entre nível de registro e nível de usuário. O volume total de atendimentos não corresponde automaticamente ao número de pessoas atendidas; por isso, a pesquisa operou com três planos complementares de observação: o plano dos registros, o plano dos usuários distintos e o plano dos usuários com recidiva. A definição analítica de recidiva adotada nesta dissertação foi calculada a partir da contagem cronológica de atendimentos por usuário no período selecionado, o que assegura coerência entre a metodologia e os resultados apresentados no capítulo 4.

Foram mantidas na base analítica as variáveis consideradas pertinentes ao objeto da pesquisa, entre elas: unidade de atendimento, identificação do usuário, data de entrada, data de alta, idade, sexo e diagnóstico registrado.

O tratamento inicial da base, a operacionalização das frequências descritivas e os cruzamentos simples entre variáveis selecionadas foram realizados com apoio do Google Planilhas, incluindo o uso da ferramenta de Inteligência Artificial Generativa Gemini, integrada ao sistema. Todo o material produzido com apoio dessa ferramenta foi submetido à revisão crítica e à validação integral pelo pesquisador, que assume plena responsabilidade pela consistência analítica dos resultados apresentados. O detalhamento do uso de ferramentas de IAG nesta pesquisa encontra-se na seção de aspectos éticos (seção 2.8).

2.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO, EXCLUSÃO E EXTRAÇÃO DE DADOS

Os dados utilizados nesta pesquisa foram obtidos a partir de relatórios extraídos do sistema informatizado institucional com foco nos atendimentos relacionados ao campo da saúde mental. Para essa extração, foram considerados registros associados ao Capítulo V da CID-10, códigos F00 a F99, que reúne os transtornos mentais e comportamentais, e também os códigos X60 a X84, referentes às lesões autoprovocadas intencionalmente. A escolha desses filtros se justifica porque o Capítulo V concentra os diagnósticos psiquiátricos e os códigos X60 a X84 permitem incorporar eventos autolesivos e auto-intoxicações intencionais que, embora não pertençam ao capítulo F, possuem pertinência direta para a análise da atenção à crise em saúde mental (OMS, 1992).

Foram incluídos na pesquisa os registros de atendimentos em saúde mental presentes na base extraída do sistema, que apresentaram informações mínimas que permitiram identificar o atendimento e vinculá-lo a um usuário. Foram excluídos registros manifestamente duplicados, sem identificação mínima do usuário ou sem data de entrada, bem como observações com inconsistências temporais insanáveis que inviabilizariam a análise da recidiva.

Aplicados esses critérios, a extração não apresentou registros duplicados, sem identificação mínima do usuário ou com inconsistências temporais insanáveis, de modo que nenhuma observação foi descartada por esses motivos. A única exclusão efetivamente realizada, no processo de tratamento do banco, referiu-se a 41 registros cuja formulação diagnóstica não apresentava aderência direta ao objeto investigado. Em sua maioria, esses registros correspondiam a eventos de causa externa relacionados a agressões por objeto cortante ou penetrante, disparo de arma de fogo, produtos químicos, drogas, medicamentos ou substâncias nocivas. Embora tais situações possam envolver sofrimento, violência e necessidade de cuidado em saúde, os registros analisados descreviam principalmente mecanismos de agressão ou lesões físicas, e não transtornos mentais e comportamentais, lesões autoprovocadas intencionalmente ou auto-intoxicações intencionais, conforme o recorte operacional definido para esta pesquisa.

Esses 41 registros permaneceram preservados em aba específica da base, para fins de rastreabilidade metodológica, mas foram retirados da leitura clínica principal. O reduzido número de exclusões, 41 registros em um universo de 14.546 extraídos, correspondente a aproximadamente 0,3%, constitui, ele próprio, indicador da consistência dos registros produzidos pelo sistema institucional para o recorte adotado.

O tratamento dos dados compreendeu padronização de categorias textuais, uniformização do formato das datas, conferência da coerência entre variáveis e ordenação cronológica dos registros por usuário. A variável idade foi conferida em articulação com a data de nascimento e a data de entrada, e a faixa etária utilizada nos cruzamentos analíticos foi definida a partir da idade do usuário no primeiro atendimento registrado no período. Também foram revisados os nomes das unidades, os marcadores de sexo e os campos clínicos e assistenciais, com o objetivo de reduzir ruído informacional antes da etapa analítica.

Em termos metodológicos, este tratamento não constitui mero procedimento técnico acessório. Ele integra a própria produção do objeto empírico, pois a recidiva, a intensidade da recorrência, a temporalidade dos retornos e a circulação entre unidades não aparecem prontas no banco institucional; são construções analíticas derivadas de regras explícitas de organização e leitura da base.

2.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis mobilizadas nesta dissertação foram definidas a partir de dois critérios complementares: sua disponibilidade na base extraída do sistema Tasy e sua pertinência em relação ao problema de pesquisa. Para fins de organização expositiva, elas são apresentadas em cinco blocos.

2.5.1 Variáveis de identificação e organização do atendimento

Neste bloco se incluem unidade de atendimento, usuário, data de entrada e data de alta. Essas variáveis estruturam a base e permitem a ordenação cronológica dos atendimentos, a identificação das unidades e o vínculo entre múltiplos registros do mesmo usuário.

2.5.2 Variáveis sociodemográficas

As variáveis sociodemográficas mobilizadas no estudo são sexo, data de nascimento e idade. Na análise consolidada, a faixa etária foi construída a partir da idade no primeiro atendimento do usuário no período, sendo agrupada nas categorias 0-17, 18-29, 30-39, 40-49, 50-59 e 60 anos ou mais.

2.5.3 Variáveis clínicas

No plano clínico, a variável central é o diagnóstico registrado no sistema. Contudo, considerando a heterogeneidade dos lançamentos, a granularidade excessiva de parte dos registros e a presença de diagnósticos muito específicos ou semanticamente próximos, optou-se por preservar o diagnóstico no sistema em

coluna própria e, adicionalmente, construir um grupo diagnóstico analítico. Tal procedimento foi realizado com base na afinidade clínica entre os registros e em sua aderência ao campo da saúde mental, tomando como referência geral o Capítulo V da CID-10 e os códigos X60–X84. O detalhamento completo desse mapeamento será apresentado no Apêndice A. O diagnóstico do sistema preserva a formulação institucional original; já o grupo diagnóstico analítico permite leitura mais sintética e comparável da demanda em saúde mental.

2.5.4 Variáveis derivadas

Além das variáveis originárias, foram construídas variáveis derivadas destinadas a qualificar a análise: número de atendimentos por usuário, classificação binária de recidiva, recidiva anual, recidiva no biênio, intervalo entre atendimentos sucessivos, temporalidade dos retornos, intensidade da recidiva, grupo diagnóstico predominante, UPA predominante, ano e mês de ocorrência do atendimento e circulação entre unidades. Essas variáveis derivadas foram decisivas para a estrutura final do capítulo de resultados, especialmente para os cruzamentos entre intensidade da recidiva e diagnóstico, unidade, sexo, faixa etária e circulação entre UPAs.

2.6 DEFINIÇÕES OPERACIONAIS

As definições operacionais adotadas nesta pesquisa foram construídas para tornar comparável a leitura dos registros institucionais e para evitar uso impreciso de categorias como recidiva, retorno precoce ou porta giratória. Assim, a pesquisa não toma as categorias do banco como dados autoevidentes, mas explicita os critérios de conversão dos registros em indicadores analíticos.

A classificação da intensidade da recidiva merece explicitação, uma vez que se trata de variável derivada construída para fins analíticos desta pesquisa. Os cortes adotados, baixa intensidade (2 atendimentos), média intensidade (3 a 4 atendimentos) e alta intensidade (5 ou mais atendimentos), foram definidos a partir de dois critérios articulados. Primeiro, a distribuição empírica dos dados: entre os 2.621 usuários recorrentes do biênio, 1.781 (68,0%) apresentaram exatamente dois

atendimentos, 614 (23,4%) apresentaram três ou quatro, e 226 (8,6%) apresentaram cinco ou mais. Esse padrão de concentração expressiva no primeiro nível sustenta a criação de categoria própria para os casos de dois atendimentos, diferenciando-os dos demais. Segundo, a busca por comparabilidade com estudos sobre readmissões e reinternações psiquiátricas, que frequentemente distinguem entre recorrência leve, moderada e frequente (Zanardo et al., 2017; Barbosa; Marques, 2023). Em consonância com o mirante epistemológico adotado, reconhece-se que esses cortes são convenções analíticas, e não fronteiras naturais do fenômeno. Outros recortes seriam possíveis e poderiam produzir agrupamentos distintos. A escolha apresentada é explicitada e justificada, mas não reivindicada como única ou definitiva (Desrosières, 1998, 2011).

No presente estudo, a categoria porta giratória, conceito explicado no capítulo 3, não foi empregada como critério de inclusão nem como definição operacional prévia do fenômeno. O objeto empírico da dissertação é a recidiva de atendimentos em saúde mental nas UPAs. A aproximação com o debate sobre porta giratória será realizada apenas no plano interpretativo da discussão, preservando-se a distinção entre o que o banco efetivamente permite medir e aquilo que pode ser problematizado teoricamente a partir dos achados.

Quadro 2 – Definições operacionais centrais da pesquisa

Termo	Definição adotada
Atendimento em saúde mental	Cada registro elegível da base consolidada, referente a atendimento realizado em UPA do município e incluído na análise após revisão diagnóstica.
Usuário distinto	Pessoa identificada na base e utilizada como referência para o vínculo entre diferentes registros de atendimento ao longo do período.
Recidiva anual	Ocorrência de mais de um atendimento em saúde mental atribuído ao mesmo usuário dentro do mesmo ano civil.
Recidiva no biênio	Ocorrência de dois ou mais atendimentos em saúde mental atribuídos ao mesmo usuário no conjunto do período 2024-2025.
Intensidade da recidiva	Classificação aplicada aos usuários com recidiva no biênio: baixa intensidade (2 atendimentos), média intensidade (3-4 atendimentos) e alta intensidade (5 ou mais atendimentos).
Temporalidade dos retornos	Categoria mutuamente exclusiva definida pelo menor intervalo entre atendimentos sucessivos do mesmo usuário: retorno muito precoce (até 7 dias), retorno precoce (8 a 30 dias) e retorno tardio (acima de 30 dias).
Grupo diagnóstico predominante	Grupo diagnóstico analítico mais frequente entre os atendimentos do usuário com recidiva. Quando necessário, priorizou-se a primeira categoria observada cronologicamente como critério de desempate.
UPA predominante	Unidade mais frequente no conjunto de atendimentos do usuário com recidiva. Nos empates, adotou-se a primeira ocorrência cronológica como critério de definição.
Faixa etária	Categoria construída a partir da idade do usuário no primeiro atendimento do período: 0-17, 18-29, 30-39, 40-49, 50-59 e 60 anos ou mais.
Circulação entre unidades	Número de UPAs distintas acionadas pelo mesmo usuário ao longo do biênio, posteriormente agrupado em três situações: 1 UPA, 2 UPAs e 3 UPAs.

Fonte: Elaborado pelo autor (2026).

2.7 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados foi desenvolvida em três movimentos articulados: tratamento e organização da base; análise estatística descritiva; e cruzamentos simples entre variáveis selecionadas. Tal procedimento é coerente com o caráter quantitativo, documental e descritivo-analítico da pesquisa, que busca identificar distribuições, frequências e padrões internos do fenômeno investigado, sem pretensão de inferência causal ou generalização probabilística (Gil, 2008; Cellard, 2008; Sá-Silva; Almeida; Guindani, 2009).

O tratamento inicial compreendeu verificação de consistência, ordenação cronológica dos registros, recategorização diagnóstica e construção das variáveis derivadas descritas anteriormente. Essa etapa foi realizada com apoio de planilha eletrônica (Google Planilhas) e de seus recursos.

No plano descritivo, foram calculadas frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas, bem como medidas de tendência central e dispersão para variáveis numéricas, quando pertinente. Essa etapa permitiu caracterizar a base em termos de número de atendimentos, usuários distintos, distribuição por ano e por unidade, perfil sociodemográfico dos usuários e composição clínica da demanda segundo grupos diagnósticos analíticos.

A análise foi conduzida em dupla escala. Em primeiro lugar, observou-se o conjunto dos registros e dos usuários distintos para descrever o comportamento geral da base entre 2024 e 2025. Em segundo lugar, a recidiva foi tratada em nível de usuário, distinguindo-se usuários com atendimento único e usuários com dois ou mais atendimentos no período. Para esse subgrupo de usuários recorrentes, foram examinadas a intensidade da recidiva, a temporalidade dos retornos e a circulação entre unidades.

Com base nessa estrutura, o capítulo 4 foi organizado de modo a contemplar: a caracterização geral da base; a distribuição dos atendimentos segundo unidade e ano; o perfil sociodemográfico e clínico dos usuários; a intensidade da recidiva e a temporalidade dos retornos; a circulação entre unidades; e os cruzamentos entre intensidade da recidiva e grupo diagnóstico predominante, UPA predominante, sexo, faixa etária e circulação entre unidades. Nesses cruzamentos, os percentuais foram

calculados dentro de cada categoria analisada, permitindo leitura proporcional dos diferentes perfis de recorrência.

Em coerência com o objetivo da dissertação, não se buscou testar hipóteses causais nem produzir inferência estatística para além do universo analisado. A ênfase recaiu sobre descrição rigorosa, comparação interna entre grupos e interpretação crítica dos padrões observados. Assim, o valor analítico do estudo reside menos na generalização probabilística e mais na capacidade de tornar visível, com base empírica consistente, como a recidiva se distribui no interior da rede municipal de urgência e emergência em saúde mental.

2.8 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa conta com autorização institucional específica da Escola de Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa para a sua realização, conforme documento do SEI nº 46509/2026, da Prefeitura Municipal de Ponta Grossa/PR (anexo A).

A presente pesquisa integra o projeto de pesquisa continuada intitulado “Políticas Públicas de Cidadania e Inclusão Social e o Cuidado em Saúde Mental nos Diferentes Contextos e Cenários”, coordenado pela Profa. Dra. Lara Simone Messias Floriano, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ponta Grossa sob Parecer nº 6.125.159 e CAAE nº 69820923.2.0000.0105 (anexo B). Conforme declaração emitida pela pesquisadora responsável pelo projeto-matriz (anexo C), a presente dissertação constitui recorte vinculado à pesquisa principal, inserido em seu escopo temático, metodológico e ético, representando continuidade investigativa compatível com os objetivos e procedimentos previamente submetidos ao Sistema CEP/Conep.

A pesquisa utiliza exclusivamente dados secundários produzidos no cotidiano assistencial e extraídos de sistema institucional, sem contato direto com usuários, familiares ou profissionais. Ainda assim, por se tratar de dados relacionados à saúde mental, reconhece-se a presença de informações pessoais sensíveis, o que exige rigor ético quanto à confidencialidade, ao sigilo e ao uso proporcional dos dados. A Resolução CNS nº 738/2024 normatiza o uso de bancos de dados com finalidade de pesquisa científica envolvendo seres humanos e estabelece objetivos e definições

voltados à constituição, ao gerenciamento e ao uso ético desses bancos. No mesmo sentido, a Lei nº 13.709/2018, Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive sensíveis, exigindo finalidade legítima, necessidade, segurança e proteção dos titulares.

A base utilizada nesta dissertação foi tratada em versão desidentificada, de modo a evitar exposição de nomes ou combinações de variáveis que permitam reconhecimento individual. A identificação nominal eventualmente necessária para fins de consistência da base e vinculação entre registros será restrita ao mínimo indispensável ao tratamento do banco, não sendo reproduzida na apresentação dos resultados. Tabelas, quadros e análises serão apresentados exclusivamente de forma agregada, preservando-se o anonimato dos usuários e evitando qualquer possibilidade de reidentificação. Essa cautela se mostra particularmente relevante em pesquisa que trabalha com registros de atendimentos médicos, dada a sensibilidade das informações envolvidas.

Declara-se que ferramentas de Inteligência Artificial Generativa foram utilizadas neste estudo em atividades de apoio técnico e redacional, em conformidade com a Política de Integridade na Atividade Científica do CNPq, instituída pela Portaria CNPq nº 2.664, de 6 de março de 2026 e com as diretrizes da Comissão de Integridade na Atividade Científica, que estabelecem a obrigatoriedade de declarar o uso de ferramentas de IAG, de qualquer espécie e em qualquer fase do desenvolvimento da pesquisa, especificando a ferramenta utilizada e sua finalidade, bem como a responsabilidade integral do autor pelo conteúdo final produzido (CNPq, 2016, 2026).

Nesta dissertação, a ferramenta Claude foi utilizada para apoio à revisão textual, especialmente quanto à coesão, coerência, clareza expositiva e correção ortográfica e gramatical. A ferramenta Gemini, integrada ao Google Planilhas, foi utilizada como recurso de apoio à construção de fórmulas, filtros e tabelas dinâmicas na etapa de organização e apresentação dos resultados. Todas as contagens, frequências e cruzamentos gerados com auxílio dessa ferramenta foram verificados pelo pesquisador por meio de conferência manual e revisão das fórmulas aplicadas, assumindo-se responsabilidade integral pela consistência dos valores apresentados. Todo o material produzido com apoio dessas ferramentas foi submetido à revisão crítica, validação e responsabilização integral pelo autor, que assume plena

responsabilidade pela originalidade, consistência analítica e veracidade do texto final (CNPq, 2016, 2026).

Dessa forma, considera-se que a presente investigação atende aos requisitos éticos e de integridade científica pertinentes ao uso de dados secundários em pesquisa, articulando rigor metodológico, responsabilidade institucional, proteção das informações sensíveis constantes na base analisada e transparência quanto ao uso de ferramentas de Inteligência Artificial Generativa.

3 REFERENCIAIS

O presente capítulo reúne os referenciais que sustentam a construção e a interpretação da pesquisa. Inicialmente, apresenta-se o estado da arte, com o objetivo de mapear a produção brasileira relacionada à crise em saúde mental, aos atendimentos de urgência e emergência e à repetição de passagens por esses serviços, identificando tendências, concentrações e lacunas do campo. Em seguida, desenvolve-se o mirante epistemológico adotado na dissertação, com base em Alain Desrosières, cuja perspectiva permite problematizar a natureza dos dados, das classificações e dos indicadores mobilizados na pesquisa. Por fim, apresentam-se os referenciais teóricos que sustentam a interpretação substantiva do fenômeno investigado, especialmente no que se refere à crise em saúde mental, à atenção em urgência e emergência, às recidivas e à organização da Rede de Atenção Psicossocial.

3.1 ESTADO DA ARTE

3.1.1 Percurso metodológico do estado da arte

Para compor o estado da arte da presente dissertação, foi realizado levantamento bibliográfico de caráter narrativo e analítico sobre a produção científica brasileira relacionada à crise em saúde mental, aos atendimentos em serviços de urgência e emergência e à repetição de passagens por esses dispositivos. Entende-se, aqui, o estado da arte como esforço de mapear, descrever e discutir a produção acadêmica já existente sobre determinado tema, com o objetivo de identificar tendências, concentrações, ausências e lacunas do campo. Tal compreensão se apoia em Ferreira (2002), para quem as pesquisas de estado da arte buscam inventariar e analisar a produção acadêmica em determinada área, e em Rother (2007), que sustenta a pertinência da revisão narrativa quando o objetivo é oferecer leitura ampla e crítica de um tema, sem a pretensão de esgotamento estrito próprio das revisões sistemáticas.

A opção por circunscrever o levantamento à produção brasileira decorre da especificidade do objeto empírico. As recidivas de atendimentos de urgência e

emergência em saúde mental nas Unidades de Pronto Atendimento estão inseridas no contexto do Sistema Único de Saúde, da Rede de Atenção Psicossocial e da Reforma Psiquiátrica Brasileira, conjunto normativo, organizacional e político que não possui equivalente direto em outros países. Estudos internacionais sobre readmissões em serviços de urgência ou sobre fenômenos de porta giratória em saúde mental, embora existentes e relevantes, operam em sistemas assistenciais distintos, com definições operacionais de recidiva e urgência que não são diretamente transponíveis ao contexto brasileiro. Por essa razão, priorizou-se a produção nacional, reconhecendo-se, como perspectiva futura, o potencial de diálogo com a literatura internacional sobre temas afins, especialmente aqueles relativos à circularidade assistencial e ao uso reiterado de serviços de urgência em saúde mental (Vigod et al., 2013; Gandré et al., 2018).

O levantamento concentrou-se em estudos brasileiros, uma vez que o objeto empírico desta dissertação se insere no Sistema Único de Saúde, na Rede de Atenção Psicossocial e na organização brasileira da atenção às urgências e emergências. Foram consultadas as bases SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Portal de Periódicos CAPES, por reunirem produção relevante nas áreas da saúde coletiva, saúde mental, psicologia, enfermagem e políticas públicas. As buscas foram realizadas com descritores e termos livres em português, combinados por aproximação temática em função do problema de pesquisa. O detalhamento da estratégia de busca bibliográfica, incluindo bases consultadas, descritores, combinações utilizadas e observações sobre o levantamento, encontra-se apresentado no Apêndice B.

Foram priorizados artigos que apresentassem relação direta com pelo menos um dos seguintes eixos: atenção à crise em saúde mental; atendimentos de urgência e emergência em saúde mental; perfil da demanda atendida em dispositivos agudos; repetição de passagens por serviços; e articulação entre rede, continuidade do cuidado e atenção psicossocial. Considerando o caráter narrativo e analítico do estado da arte, a busca não teve finalidade de exaustividade sistemática, mas de mapeamento crítico da produção mais aderente ao problema da dissertação. O material localizado foi submetido, inicialmente, à leitura exploratória e, em seguida, à leitura analítica, de modo a identificar o objeto central de cada estudo, o tipo de serviço investigado, o contexto territorial, a abordagem metodológica empregada e

sua contribuição para a compreensão do fenômeno das recidivas de atendimentos de urgência e emergência em saúde mental. O roteiro utilizado nessa etapa está sistematizado no Apêndice C.

Para fins de organização e transparência metodológica, o quadro-síntese dos estudos incluídos no estado da arte foi apresentado no Apêndice D, enquanto as categorias analíticas construídas a partir da leitura do material compõem o Apêndice E.

3.1.2 Caracterização da produção encontrada

A produção localizada mostra, em primeiro lugar, que o tema da crise em saúde mental aparece de forma consistente na literatura brasileira recente, especialmente em diálogo com a Reforma Psiquiátrica Brasileira e com os impasses da Rede de Atenção Psicossocial. Dias, Fernandes e Ferigato (2020), por exemplo, discutem a atenção à crise em saúde mental a partir das tensões entre centralização e descentralização das práticas, mostrando que o manejo da crise não se reduz a questão clínica, mas envolve disputas institucionais e políticas sobre onde e como o cuidado deve ocorrer. De forma convergente, Quinderé, Jorge e Franco (2014) discutem o lugar da saúde mental na RAPS e mostram que a articulação entre os diferentes níveis de atenção ainda se apresenta como desafio importante para a consolidação de um cuidado territorializado e contínuo. Lima e Guimarães (2019) e Sampaio e Bispo Junior (2021) reforçam essa discussão ao problematizar a continuidade do cuidado e a articulação da rede como dimensões centrais, porém ainda fragilizadas, da atenção psicossocial no SUS.

Em segundo lugar, os estudos localizados indicam que a produção sobre urgência e emergência em saúde mental tende a se concentrar, com frequência, em cenários como emergências psiquiátricas hospitalares e hospitais gerais, mais especificamente em Unidades de Pronto Atendimento. Padilha et al. (2013), em estudo realizado em hospital geral universitário, analisaram o perfil dos pacientes atendidos em emergência psiquiátrica e encontraram demanda heterogênea, composta por diferentes quadros clínicos e perfis sociodemográficos.

Em perspectiva complementar, Sousa, Silva e Oliveira (2010), ao analisarem atendimentos em serviço de emergência psiquiátrica em hospital geral, identificaram

perfil de demanda heterogênea, com prevalência de quadros associados ao uso de substâncias psicoativas e transtornos afetivos, reforçando a heterogeneidade clínica que caracteriza a atenção aguda em saúde mental e que se observa também nos dados desta dissertação.

Estudo quantitativo observacional mais recente, conduzido em hospital de referência estadual no Ceará e abrangendo mais de noventa mil atendimentos entre 2018 e 2022, identificou predomínio de transtornos esquizofrênicos e de humor, com apenas 11,67% dos casos resultando em internação psiquiátrica. Um achado particularmente relevante foi que mais da metade dos atendimentos ocorreu em horário comercial (entre 7h e 19h em dias úteis), período em que os demais serviços da rede, incluindo CAPS e UBS, deveriam estar em funcionamento, o que levanta questionamentos sobre a articulação entre os pontos da rede e a capacidade de absorção da demanda nos serviços territoriais (Prado Neto et al., 2024).

Já Wasum et al. (2024), em estudo qualitativo sobre intervenções na atenção à crise em saúde mental em serviço de urgência e emergência, mostram a complexidade das práticas de manejo, acolhimento e encaminhamento nesses contextos. Esses trabalhos são relevantes porque indicam que a atenção aguda em saúde mental acolhe sofrimento psíquico diversificado e se constitui como espaço sensível de funcionamento da rede, mas também porque revelam que a UPA nem sempre aparece como unidade analítica central da produção existente.

Quando o foco se desloca para a repetição de passagens pelo sistema, a literatura encontrada mostra predomínio de estudos sobre internações, reinternações e readmissões psiquiátricas, especialmente em hospitais gerais ou serviços especializados, e menor frequência de trabalhos voltados à repetição de atendimentos em serviços de urgência e emergência. Zanardo et al. (2017), por exemplo, ao investigarem internações e reinternações psiquiátricas em hospital geral de Porto Alegre, analisaram características sociodemográficas, clínicas e de acompanhamento na rede, inserindo o debate na chave da circularidade assistencial e da porta giratória. Esse conjunto de estudos é importante para a presente pesquisa porque mostra que a repetição de passagens pelo sistema de saúde mental já é tema consolidado em determinados cenários, mas também evidencia que a maior parte dessa produção se organiza em torno de internações e readmissões, e não exatamente em torno das recidivas de atendimentos de urgência e emergência em

UPA.

Estudo recente realizado em hospital de grande porte em Uberlândia confirma a persistência desse padrão ao identificar que 25,1% das internações no período correspondiam a reinternações, com predomínio expressivo de transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, seguidos de transtornos do humor e quadros esquizofrênicos (Mendonça; Giuliani; Pereira, 2023). Além de corroborar a relevância desses grupos diagnósticos na compreensão da circularidade assistencial, o estudo aponta os CAPS como dispositivos centrais para a prevenção das reinternações, reforçando a importância da articulação entre urgência e atenção psicossocial especializada.

Outro aspecto importante do material localizado diz respeito ao recorte territorial dos estudos. Parte expressiva da produção se concentra em capitais, regiões metropolitanas ou serviços hospitalares de referência, isto é, em contextos urbanos de maior porte e maior densidade institucional. Ainda que haja pesquisas desenvolvidas em contextos não metropolitanos, o conjunto levantado sugere menor presença de estudos voltados especificamente a municípios de porte intermediário e à dinâmica local das Unidades de Pronto Atendimento. Essa constatação é relevante para a presente dissertação, porque reforça a pertinência do recorte em Ponta Grossa/PR, tanto pela escala urbana do município, quanto pela inserção da UEPG nesse mesmo espaço regional.

No plano dos perfis investigados, o estado da arte indica certa heterogeneidade. Os estudos sobre crise e emergência psiquiátrica mostram presença de diferentes formas de sofrimento agudo, incluindo quadros psicóticos, sintomas depressivos, uso de substâncias, agitação e outras manifestações clínicas. Entretanto, a produção localizada não oferece síntese uniforme e consolidada sobre recidivas em serviços de urgência e emergência que permita afirmar, de antemão, um único perfil predominante. Em outras palavras, o estado da arte sustenta bem a heterogeneidade da demanda em saúde mental nos contextos agudos, mas mostra menos acúmulo específico quando o recorte se volta à repetição de atendimentos em UPA.

3.1.3 Síntese crítica do estado da arte e lacunas do campo

A leitura do material localizado permite afirmar que o campo brasileiro já dispõe de acúmulo importante sobre crise em saúde mental, atenção em urgência e emergência, Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado. Também há literatura relevante sobre porta giratória, readmissões e reinternações psiquiátricas, especialmente em cenários hospitalares. Nesse sentido, o estado da arte mostra que a repetição de passagens pelo sistema de saúde mental não é tema ausente no campo; ao contrário, trata-se de problema já reconhecido em parte da literatura brasileira.

Entretanto, o mesmo estado da arte evidencia uma lacuna específica: são menos frequentes os estudos que tomam como objeto central a recidiva de atendimentos de urgência e emergência em saúde mental nas Unidades de Pronto Atendimento, sobretudo a partir de dados secundários administrativos e em municípios de porte intermediário. Quando a repetição de passagens aparece na literatura, ela tende a estar mais associada a internações/reinternações e ao debate sobre porta giratória do que a atendimentos reiterados em serviços como a UPA. Além disso, a produção localizada sugere maior visibilidade de estudos desenvolvidos em capitais, regiões metropolitanas ou serviços hospitalares de referência, o que torna ainda mais relevante a investigação do fenômeno em Ponta Grossa/PR.

Dessa forma, a presente dissertação se insere em espaço ainda relativamente pouco explorado no campo. O diferencial não está em tratar, genericamente, de crise, rede ou circularidade assistencial, mas em examinar como se caracterizam as recidivas de atendimentos de urgência e emergência em saúde mental nas Unidades de Pronto Atendimento, distinguindo registros e usuários, observando a temporalidade dos retornos e analisando o fenômeno em contexto municipal e regional específico. Assim, o estado da arte não apenas sustenta a relevância do tema, mas também delimita de forma mais precisa a lacuna empírica e analítica que a pesquisa busca enfrentar.

3.2 MIRANTE EPISTEMOLÓGICO

3.2.1 Alain Desrosières e a problematização das estatísticas

No presente estudo, adota-se Alain Desrosières como mirante epistemológico, entendido, aqui, como a perspectiva a partir da qual se compreende a natureza dos dados, das classificações, das categorias analíticas e das formas de produção do conhecimento mobilizadas na pesquisa. Essa escolha decorre da própria configuração empírica da dissertação. Como o estudo se baseia em registros administrativos, diagnósticos lançados em sistema institucional, agrupamentos analíticos e indicadores produzidos a partir de dados secundários, mostra-se necessário recorrer a uma perspectiva capaz de problematizar o estatuto desses números e dessas categorias, evitando tratá-los como reflexos neutros, imediatos e transparentes da realidade social. Em Desrosières, a estatística não aparece como simples espelho do mundo, mas como resultado de convenções, classificações e formas historicamente situadas de tornar os fenômenos comparáveis e mensuráveis (Desrosières, 1993, 1998, 2011).

Alain Desrosières ocupa lugar central no campo da sociologia da quantificação e da história social da estatística. Sua obra se tornou referência precisamente por demonstrar que os números públicos não são apenas produtos técnicos de mensuração, mas também construções sociais e institucionais articuladas a formas de conhecimento e de governo. Em *La politique des grands nombres* (Desrosières, 1993), posteriormente difundida em inglês como *The politics of large numbers* (Desrosières, 1998), o autor mostra que a estatística moderna se desenvolve em estreita relação com a formação do Estado, com a administração das populações e com a constituição de linguagens capazes de descrever e governar o mundo social. Nessa direção, a produção estatística não deve ser compreendida como atividade puramente neutra, mas como prática que articula técnicas de registro, categorias classificatórias e decisões sobre o que se torna observável, legível e administrável.

A pertinência de Desrosières para esta dissertação reside justamente no fato de que o fenômeno estudado não aparece ao pesquisador como realidade “bruta”, pronta para ser simplesmente contabilizada. As recidivas de atendimentos de

urgência e emergência em saúde mental tornam-se observáveis apenas por meio de registros administrativos, categorias diagnósticas, filtros institucionais e indicadores metodologicamente construídos. Por isso, sua perspectiva se mostra especialmente adequada a uma pesquisa que trabalha com dados secundários produzidos no interior de serviços públicos e que depende, para sua inteligibilidade, de operações de seleção, classificação, equivalência e comparação. Como observa Diaz-Bone (2016), a contribuição de Desrosières é decisiva justamente por recolocar a quantificação no interior das ciências sociais, evidenciando que números, classificações e convenções participam ativamente da construção dos objetos de pesquisa.

Essa escolha também se justifica por sua forte aderência às pesquisas desenvolvidas no campo das Ciências Sociais Aplicadas. Isso porque a reflexão de Desrosières se situa justamente na interface entre Estado, administração, políticas públicas, produção de dados e formas de conhecimento sobre populações e serviços. Em vez de compreender a estatística como saber exclusivamente técnico ou matemático, o autor a reinsere no terreno das ciências sociais, mostrando que categorias, classificações e indicadores são também objetos históricos, institucionais e políticos. Tal enfoque é particularmente pertinente nesta dissertação, que investiga atendimentos de urgência e emergência em saúde mental a partir de registros produzidos no interior de serviços públicos, isto é, em um espaço em que administração, política pública, organização institucional e produção de números se entrecruzam de maneira permanente (Desrosières, 1998, 2008, 2011).

No âmbito das Ciências Sociais Aplicadas, essa contribuição é especialmente valiosa porque permite compreender os dados administrativos não apenas como insumos técnicos, mas como produtos sociais. Isso é decisivo para um estudo que não pretende apenas contabilizar atendimentos, mas interpretar como certos fenômenos se tornam visíveis, comparáveis e legíveis no interior da rede pública de saúde. Sua perspectiva dialoga, portanto, com investigações interessadas nas formas pelas quais instituições públicas produzem registros, organizam categorias e constroem evidências para conhecer, administrar e intervir sobre determinados problemas sociais. Assim, a obra de Desrosières oferece base consistente para compreender que o banco de dados não é mero repositório de informações, mas

produto institucional que organiza a visibilidade do fenômeno investigado (Desrosières, 1998, 2008, 2011; Diaz-Bone, 2016).

3.2.2 Convenção, classificação e quantificação

Uma das contribuições mais importantes de Desrosières para esta dissertação está em sua crítica à ideia de que quantificar seria apenas medir algo previamente dado. Para o autor, toda estatística supõe trabalho anterior de convenção. Antes de contar, medir ou comparar, é preciso definir o que será considerado equivalente, agrupável e passível de registro. Quantificar, nessa perspectiva, não significa apenas atribuir números a objetos, mas estabelecer convenções que permitam tornar o mundo social mensurável. É justamente por isso que Desrosières insiste na relação íntima entre convenção e medida: só se mede aquilo que, antes, foi tornado comparável por decisões classificatórias e institucionais (Desrosières, 1993, 2011).

Essa formulação tem implicações diretas para a presente dissertação. O banco de dados analisado constitui base robusta e consistente, com mais de 14 mil atendimentos registrados, capaz de sustentar as finalidades assistenciais e administrativas da rede municipal de saúde e, justamente por isso, de oferecer material denso para a investigação aqui proposta. Seu uso científico, contudo, exige reconhecer que os registros chegam à pesquisa marcados por práticas institucionais específicas de classificação, codificação e armazenamento. Os atendimentos precisaram ser selecionados segundo determinados códigos diagnósticos; os diagnósticos registrados no sistema precisaram ser reorganizados em grupos analíticos; os usuários precisaram ser distinguidos dos registros; e os retornos precisaram ser convertidos em variáveis de análise. Cada uma dessas etapas expressa aquilo que Desrosières ajuda a tornar visível: os números da pesquisa não são dados brutos, mas construídos a partir de convenções institucionais e analíticas que precisam ser reconhecidas, explicitadas e justificadas (Desrosières, 2011).

Em *Pour une sociologie historique de la quantification* (Desrosières, 2008), essa reflexão é aprofundada ao mostrar que a quantificação deve ser compreendida como processo histórico e social de estabilização de equivalências. O autor chama atenção para o fato de que categorias estatísticas não emergem espontaneamente

da realidade, mas dependem de acordos, linguagens, classificações e instrumentos que tornam possível a comparabilidade entre casos. Diaz-Bone (2016), ao comentar a obra de Desrosières, reforça exatamente esse ponto ao afirmar que a quantificação deve ser entendida como prática social apoiada em convenções, e não como mero procedimento técnico de tradução da realidade em números. Para a presente pesquisa, isso é decisivo, porque impede que categorias como “recidiva”, “retorno” e “grupo diagnóstico analítico” sejam tratadas como autoevidentes. Ao contrário, elas precisam ser compreendidas como construções metodologicamente orientadas, produzidas para tornar o fenômeno observável.

Dessa forma, a perspectiva de Desrosières oferece duas contribuições decisivas. A primeira consiste em impedir que os indicadores produzidos pela pesquisa sejam tratados como evidências puras, descoladas dos processos que os tornaram possíveis. A segunda consiste em permitir que a própria constituição do banco de dados seja compreendida como parte do trabalho científico, e não apenas como etapa técnica preliminar. Ao distinguir registros e usuários, ao definir o que conta como recidiva, ao agrupar diagnósticos próximos e ao estabelecer janelas temporais de retorno, a dissertação não está apenas “organizando informações”, mas produzindo inteligibilidade sobre o fenômeno estudado. É precisamente esse tipo de operação que o mirante epistemológico de Desrosières ajuda a iluminar (Desrosières, 1993, 2008, 2011; Diaz-Bone, 2016).

3.2.3 Implicações do mirante epistemológico para a presente pesquisa

Ao adotar Alain Desrosières como mirante epistemológico, a presente dissertação assume que os dados, categorias e indicadores mobilizados não esgotam o fenômeno investigado, embora sejam fundamentais para sua compreensão. Isso significa reconhecer que a recidiva de atendimentos de urgência e emergência em saúde mental não se confunde integralmente com a variável estatística “recidiva” construída na base, mas também que essa variável não é arbitrária: ela resulta de operações metodológicas justificadas, transparentes e compatíveis com o objeto da pesquisa.

Essa escolha produz implicações concretas para o modo de pesquisar. Em primeiro lugar, exige que a dissertação explicita como os dados foram constituídos,

filtrados e reorganizados. Em segundo lugar, exige prudência interpretativa: os resultados quantitativos permitem identificar padrões relevantes, mas não autorizam, por si sós, explicações causais fechadas sobre o sofrimento psíquico, a organização da rede ou as trajetórias individuais dos usuários. Em terceiro lugar, permite reconhecer que a própria descrição estatística possui valor analítico, desde que não seja confundida com transparência absoluta do real. Em Desrosières, a reflexividade sobre a produção dos números não enfraquece a quantificação; ao contrário, qualifica-a, porque torna visíveis as convenções e classificações que a sustentam (Desrosières, 1993, 2008).

No caso desta pesquisa, isso é particularmente importante porque o objeto se situa na interface entre saúde mental, urgência e emergência, registros administrativos e gestão institucional. A perspectiva de Desrosières permite compreender que categorias como diagnóstico, grupo diagnóstico analítico e recidivas não são apenas rótulos aplicados a fatos evidentes, mas construções que organizam a observação do fenômeno e tornam possível sua descrição. Tal compreensão se mostra especialmente útil em dissertação que pretende trabalhar com rigor empírico sem supor que os números falem por si mesmos. Como reforça Diaz-Bone (2016), a principal força da abordagem de Desrosières está justamente em mostrar que quantificar é sempre construir equivalências e classificações que tornam os fenômenos socialmente legíveis.

A perspectiva do autor também ajuda a justificar a centralidade da explicitação metodológica na pesquisa. Ao detalhar os filtros diagnósticos utilizados, os critérios de inclusão e exclusão, a recategorização dos diagnósticos e a definição das janelas temporais de retorno, a dissertação não está apenas relatando procedimentos técnicos, mas tornando visíveis as convenções que sustentam a inteligibilidade dos resultados. Em termos epistemológicos, isso significa reconhecer que a produção do dado não é etapa externa à análise, mas parte constitutiva dela. A reflexividade metodológica, nesse sentido, não aparece como ornamento, mas como exigência do próprio trabalho com dados administrativos.

Dessa forma, o mirante epistemológico adotado contribui para situar a pesquisa em posição metodologicamente reflexiva. Ele não substitui o trabalho empírico nem a análise estatística descritiva, mas oferece base para compreender o estatuto dos dados utilizados e para sustentar leitura mais crítica das categorias

mobilizadas. Ao fazê-lo, permite que a dissertação reconheça simultaneamente a potência e os limites de seu material empírico: potência, porque os registros administrativos tornam visíveis padrões importantes de atendimentos e retornos; limites, porque esses mesmos padrões dependem de classificações, filtros e convenções que precisam ser continuamente explicitados e problematizados (Desrosières, 1998, 2011).

Essa posição epistemológica tem implicação direta para a leitura do capítulo de resultados. Cada tabela e gráfico apresentados não deve ser lido como espelho da realidade assistencial, mas como produto de operações de seleção, equivalência e comparação metodologicamente construídas. Quando o capítulo 4 afirma que "73,1% dos usuários apresentaram transtornos ansiosos e relacionados ao estresse", isso não descreve uma realidade objetiva independente dos critérios de codificação diagnóstica utilizados pelos profissionais das UPAs, dos filtros de extração adotados pela pesquisa e das regras de recategorização definidas no Apêndice A. O número é real, mas sua interpretação exige reconhecer as convenções que o tornaram possível. É com esse olhar que os resultados desta dissertação devem ser lidos.

Essa escolha epistemológica, contudo, não esgota o esforço interpretativo da dissertação. Se Desrosières oferece instrumentos para compreender como os dados são produzidos, classificados e tornados inteligíveis, o referencial teórico substantivo apresentado a seguir permite discutir o que esses dados ajudam a revelar sobre a crise em saúde mental, a atenção em urgência e emergência, a organização da Rede de Atenção Psicossocial e as formas de continuidade do cuidado. É, portanto, na articulação entre reflexividade sobre a produção dos números e interpretação substantiva do fenômeno estudado que se situa a leitura desenvolvida neste trabalho.

3.3 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico desta dissertação se organiza em quatro eixos articulados. O primeiro diz respeito à crise em saúde mental e à atenção em urgência e emergência, uma vez que o objeto empírico da pesquisa se situa no ponto em que o sofrimento psíquico se apresenta de forma aguda e demanda

resposta institucional rápida. O segundo eixo trata das noções de recidiva, readmissão, reinternação e porta giratória, com o objetivo de delimitar conceitualmente o fenômeno investigado e evitar transposições indevidas entre contextos assistenciais distintos. O terceiro eixo situa o problema no horizonte da Reforma Psiquiátrica Brasileira, da Rede de Atenção Psicossocial e do cuidado em liberdade. O quarto eixo mobiliza as contribuições de Emerson Elias Merhy e Luiz Carlos de Oliveira Cecílio para pensar micropolítica do cuidado, gestão do cuidado, continuidade e articulação concreta da rede. Em conjunto, esses referenciais permitem interpretar os resultados para além de sua dimensão descritiva imediata, situando a recidiva de atendimentos em saúde mental nas UPAs no interior de disputas assistenciais, institucionais e políticas que atravessam o cuidado em saúde mental no SUS.

3.3.1 Crise em saúde mental e atenção em urgência e emergência

A crise em saúde mental ocupa lugar central no campo da atenção psicossocial porque explicita, de forma concentrada, tensões clínicas, institucionais, familiares, territoriais e políticas. Ela não pode ser compreendida apenas como desorganização sintomática individual ou como agravamento isolado de um transtorno mental. Ao contrário, a crise mobiliza relações, vínculos, serviços, decisões e modos de cuidado, tornando-se um analisador privilegiado da forma como a rede de atenção responde ao sofrimento psíquico em sua dimensão aguda. Nesse sentido, a crise não é apenas evento clínico; é também fenômeno institucional e político, uma vez que coloca à prova a capacidade dos serviços de acolher, manejar e encaminhar situações complexas sem romper com os princípios do cuidado em liberdade e da atenção territorializada (Amarante, 2015; Dias; Fernandes; Ferigato, 2020).

Esse debate se mantém em movimento no país: experiências recentes, como a implantação de equipe especializada em saúde mental no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Pelotas/RS, em 2026, indicam o reconhecimento crescente de que a crise em saúde mental constitui demanda específica também no componente móvel da rede de urgências, e não apenas nos serviços fixos como as UPAs (Ippolito, 2026).

No contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, essa discussão adquire densidade particular. Se, no paradigma manicomial, a crise era frequentemente tratada como situação a ser apartada do convívio social e conduzida a espaços de isolamento, o modelo psicossocial propõe que ela seja acolhida no interior da rede pública, com corresponsabilização entre serviços e preservação máxima dos vínculos do sujeito com seu território. A crise, nessa perspectiva, não deve ser automaticamente traduzida em exclusão, internação ou ruptura, mas compreendida como situação complexa que exige resposta rápida, qualificada e articulada com o conjunto da Rede de Atenção Psicossocial. Essa inflexão não elimina os impasses do cuidado, mas transforma o horizonte normativo a partir do qual ele passa a ser pensado (Nicácio; Campos, 2004; Delgado, 2022).

Kinker e Moreira (2021) aprofundam essa reflexão ao argumentar que a crise constitui um ponto decisivo para a continuidade do cuidado, e não apenas para sua contenção imediata. Para os autores, a continuidade precisa ser prevista desde o acolhimento inicial, e a ausência dos serviços territoriais nesse momento cria o risco concreto de ruptura do fio que poderia sustentar o cuidado subsequente. Essa formulação reforça a compreensão de que o manejo da crise na urgência não pode ser dissociado da responsabilidade do conjunto da rede, e que a qualidade do primeiro encontro interfere diretamente nas possibilidades de seguimento.

É nesse cenário que a atenção em urgência e emergência se torna relevante. No campo da saúde, urgência e emergência designam situações que exigem resposta imediata ou em tempo oportuno, seja em razão de risco de agravamento, seja pela intensidade do sofrimento ou da instabilidade do quadro apresentado. No caso da saúde mental, isso inclui desde episódios psicóticos agudos, agitação intensa e situações autolesivas até quadros de sofrimento ansioso grave, ideação suicida, intoxicações e desorganizações emocionais ou comportamentais que demandam intervenção rápida. A atenção em urgência e emergência em saúde mental, portanto, não se restringe a um único tipo de caso nem a uma única definição de gravidade; ela acolhe expressões heterogêneas do sofrimento psíquico, o que já indica a necessidade de abordá-la de forma mais complexa do que a simples oposição entre “caso leve” e “caso grave” (Dias; Fernandes; Ferigato, 2020; Padilha et al., 2013).

No interior dessa rede, a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ocupa posição específica. A UPA 24h constitui componente da política de atenção às urgências e emergências no SUS e se situa, do ponto de vista organizacional, entre a Atenção Primária à Saúde e a rede hospitalar. Trata-se de dispositivo de caráter pré-hospitalar fixo, voltado ao acolhimento, estabilização inicial e encaminhamento de usuários em situação aguda, inclusive em saúde mental. Sua relevância, nesta dissertação, não decorre apenas do fato de ser o cenário empírico da pesquisa, mas também de seu lugar estratégico na rede: a UPA funciona como ponto de absorção de demandas que, por sua intensidade, imprevisibilidade ou urgência, não se resolvem imediatamente em outros níveis de atenção, mas que tampouco se confundem automaticamente com necessidade hospitalar (Brasil, 2011, [s.d.]).

Essa posição intermediária da UPA é teoricamente importante porque ajuda a compreender por que ela pode se tornar espaço central de repetição de atendimentos. Diferentemente de um serviço de acompanhamento longitudinal, a UPA se organiza para responder ao episódio agudo, ao momento crítico, ao sofrimento que irrompe de forma intensa e demanda contenção, escuta, avaliação e decisão. Contudo, quando o sofrimento persiste ou retorna, o serviço pode passar a ocupar, para determinados sujeitos, lugar reiterado de resposta ao mal-estar. Em termos teóricos, isso significa que a urgência e emergência não devem ser pensadas apenas como etapa transitória da rede, mas também como espaço em que se tornam visíveis limitações de continuidade do cuidado, centralidade do agudo e formas específicas de organização da resposta institucional ao sofrimento psíquico (Dias; Fernandes; Ferigato, 2020; Wasum et al., 2024).

Os estudos sobre atenção à crise em saúde mental mostram justamente que o manejo do episódio agudo permanece como um dos pontos mais sensíveis da política pública. Mesmo após a consolidação normativa da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Rede de Atenção Psicossocial, a crise continua sendo momento em que se reatualizam tensões entre cuidado territorial e respostas centralizadas, entre lógica psicossocial e tendência à contenção do episódio, entre articulação de rede e resolução imediata do caso. Por essa razão, investigar atendimentos de urgência e emergência em saúde mental não significa apenas examinar eventos clínicos isolados, mas observar, em escala concreta, como a política pública se materializa

em um de seus pontos mais tensos e desafiadores (Quinderé; Jorge; Franco, 2014; Lima; Guimarães, 2019).

3.3.2 Recidiva, readmissão, reinternação e porta giratória

No campo da saúde mental, a repetição de passagens por serviços assistenciais aparece sob diferentes denominações, como recidiva, readmissão, reinternação e porta giratória. Embora esses termos possuam zonas de aproximação, eles não são equivalentes e não devem ser utilizados como sinônimos sem o devido cuidado conceitual. Em grande parte da literatura, especialmente aquela voltada a contextos hospitalares, a noção de readmissão se refere ao retorno do usuário a um serviço após alta anterior, em determinado intervalo temporal; já reinternação costuma designar novo episódio de internação, em geral hospitalar. A categoria porta giratória, por sua vez, consolidou-se para designar circuitos repetitivos de entrada, saída e reentrada em instituições de cuidado, sobretudo em cenários de internação psiquiátrica (Zanardo et al., 2017, 2018).

Revisão sistemática recente sobre o fenômeno da porta giratória em transtornos psiquiátricos graves reforça a ausência de critério único para sua caracterização, documentando ampla variação nas taxas de reinternação e indicando que perfis como jovens, solteiros, com menor apoio social e internações involuntárias concentram maior risco de reinternações frequentes (Barbosa; Marques, 2023). Esse achado dialoga com os resultados desta dissertação ao sugerir que a recorrência não se distribui aleatoriamente, mas se articula a vulnerabilidades específicas que precisam ser consideradas tanto na análise empírica quanto nas estratégias de cuidado.

A presente dissertação opta por trabalhar prioritariamente com a noção de recidiva de atendimentos, e essa escolha não é meramente terminológica. Ela decorre da necessidade de manter a aderência entre conceito e material empírico. Como o objeto da pesquisa são os atendimentos de urgência e emergência em saúde mental nas Unidades de Pronto Atendimento, observados a partir de dados secundários administrativos, a categoria recidiva se mostra mais apropriada para designar a repetição de passagens pelo serviço ao longo do período analisado, sem pressupor, de antemão, que tais passagens configurem readmissão hospitalar ou

circuito clássico de porta giratória. Em outras palavras, a recidiva permite descrever o fenômeno com maior precisão empírica, preservando a distinção entre repetição de atendimentos em UPA e repetição de internações psiquiátricas (Zanardo et al., 2017).

Ainda assim, o diálogo com a literatura sobre readmissão, reinternação e porta giratória continua importante. Ele permite situar a recidiva em horizonte mais amplo de reflexão sobre circularidade assistencial, sofrimento persistente, fragilidade do cuidado longitudinal e centralidade de determinados dispositivos na trajetória dos usuários. Os estudos sobre reinternação psiquiátrica mostram que a repetição de passagens pelo sistema pode se associar a diferentes fatores, como persistência do sofrimento, uso de substâncias, vulnerabilidade social, dificuldade de adesão, insuficiência de suporte familiar e fragilidade de articulação da rede. Embora tais estudos tenham sido realizados, em grande parte, em cenários hospitalares, eles são úteis porque mostram que a recorrência não é fenômeno trivial e deve ser tratada como questão clínica, institucional e política (Zanardo et al., 2017, 2018).

Contudo, manter essa distinção conceitual é essencial para não inflacionar o objeto. A repetição de atendimentos na urgência e emergência em saúde mental pode dialogar com o debate sobre porta giratória, mas não deve ser automaticamente reduzida a ele. A UPA não é hospital psiquiátrico, nem leito de internação, nem serviço de longa permanência. Ela é dispositivo de atenção aguda, voltado ao acolhimento, estabilização inicial e encaminhamento. Por isso, a repetição de passagens por ela deve ser analisada em sua especificidade. A recidiva em UPA pode revelar persistência do sofrimento, centralidade da resposta aguda, fragilidade da continuidade do cuidado ou até padrões institucionais locais de circulação pela rede, mas sua interpretação precisa ser feita a partir do cenário empírico em que ocorre, e não apenas por analogia com a literatura sobre internação psiquiátrica (Padilha et al., 2013; Zanardo et al., 2017).

Essa distinção conceitual também é importante para a análise dos resultados da dissertação. Ao trabalhar com temporalidade dos retornos, intensidade da recidiva, circulação entre unidades e distribuição diagnóstica, o estudo não reproduz automaticamente indicadores clássicos de readmissão hospitalar, mas constrói formas de qualificar a repetição de atendimentos em um serviço de urgência e emergência. Assim, a noção de recidiva assume, aqui, dupla função: descrever o

fenômeno observado e preservar rigor conceitual diante da especificidade do banco de dados utilizado. A aproximação com a porta giratória poderá ocorrer no plano da discussão dos achados, mas sempre de forma prudente, como possibilidade interpretativa, e não como definição prévia do objeto.

3.3.3 Reforma Psiquiátrica Brasileira, RAPS e cuidado em liberdade

A interpretação das recidivas de atendimentos de urgência e emergência em saúde mental não pode se limitar ao plano da frequência ou da distribuição dos casos. Ela precisa ser situada no interior da política de saúde mental brasileira e, mais especificamente, no horizonte da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Rede de Atenção Psicossocial. Isso porque o retorno reiterado ao serviço não é apenas dado quantitativo; ele pode expressar, ainda que de modo parcial, modos concretos de organização do cuidado, articulação entre serviços e centralidade atribuída ao momento agudo no interior da rede.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira representa o processo histórico e político de deslocamento do modelo asilar para formas territorializadas de atenção, fundadas no cuidado em liberdade, na garantia de direitos e na crítica à exclusão manicomial. Nesse campo, autores como Amarante (2015), Nicácio e Campos (2004), Delgado (2022) e Onocko-Campos (2019) mostram que a reforma não se resume a substituição de dispositivos, mas implica transformação ética, política e institucional mais ampla, voltada à desinstitucionalização do sofrimento psíquico e à construção de outras formas de cuidado. Tal processo, contudo, é marcado por tensões, incompletudes e disputas permanentes, o que significa que a existência formal da reforma não elimina automaticamente práticas fragmentadas, medicalizantes ou centradas no controle do episódio agudo.

No plano organizacional, a Rede de Atenção Psicossocial expressa o esforço de distribuir responsabilidades de cuidado entre diferentes pontos da rede, incluindo Atenção Primária à Saúde, CAPS, atenção hospitalar, urgência e emergência, dispositivos residenciais e estratégias de reabilitação psicossocial. A proposta da RAPS não consiste em negar a existência da crise ou a necessidade de resposta rápida, mas em situar o episódio agudo no interior de um cuidado mais amplo, territorializado e contínuo. Nessa perspectiva, o serviço de urgência e emergência

não deve funcionar como espaço isolado, mas como ponto da rede articulado aos demais dispositivos. A literatura mostra, porém, que essa articulação nem sempre se concretiza de forma satisfatória no cotidiano dos serviços (Quinderé; Jorge; Franco, 2014; Lima; Guimarães, 2019; Sampaio; Bispo Junior, 2021).

A ideia de cuidado em liberdade é particularmente importante para esta dissertação porque oferece horizonte normativo e analítico para a leitura das recidivas. Se a reforma afirma que o sofrimento psíquico deve ser cuidado de forma territorializada, com preservação de vínculos e produção de autonomia, a repetição de passagens pela urgência e emergência pode ser interrogada à luz dessa promessa institucional. Isso não significa concluir, de modo simplista, que todo retorno à UPA corresponda a fracasso da rede. Significa, antes, reconhecer que a recorrência pode funcionar como analisador das tensões entre o ideal psicossocial do cuidado em liberdade e a permanência da urgência e emergência como resposta reiterada ao sofrimento. Nessa direção, a repetição de passagens pela urgência pode ser interrogada não apenas como uso reiterado de um serviço, mas como possível sinal de insuficiência na conversão do episódio agudo em acompanhamento contínuo, territorializado e compartilhado no interior da rede. Em alguns casos, isso pode indicar persistência do sofrimento; em outros, fragilidade de acompanhamento; em outros ainda, centralidade institucional do dispositivo agudo como forma de acesso e manejo da crise.

Essa discussão ganha maior densidade quando aproximada das contribuições de Franco Rotelli e Benedetto Saraceno, autores fundamentais no horizonte da desinstitucionalização e amplamente referenciados no campo da saúde mental coletiva brasileira. Rotelli (1990), ao formular o conceito de desinstitucionalização como processo de desconstrução da instituição total e de reinvenção das práticas de cuidado, insiste que a transformação do campo da saúde mental não se reduz à substituição do lugar do tratamento, do hospital para o CAPS, ou do leito do hospital psiquiátrico para a UPA, mas exige mudança na própria lógica de produção da resposta institucional ao sofrimento. Para o autor, o risco permanente é o de que novas formas institucionais reproduzam antigas racionalidades: a contenção, o controle e a serialização da crise em lugar da construção de possibilidades concretas de vida. Saraceno (1999), por sua vez, articula essa perspectiva ao campo da reabilitação psicossocial, afirmando que o

cuidado em saúde mental deve se orientar pela produção de cidadania, de contratualidade e de inserção social, dimensões estas que não se realizam no interior de episódios agudos repetidos, mas demandam continuidade, vínculo e presença territorial. Embora esta dissertação não tenha como foco a reabilitação psicossocial em sentido estrito, as contribuições de Rotelli e Saraceno são mobilizadas no fechamento do trabalho para interrogar se a recidiva observada nas UPAs pode ser lida como expressão de uma lógica institucional que, ao concentrar respostas no episódio agudo, reproduz, de forma difusa e contemporânea, elementos da racionalidade manicomial que a Reforma Psiquiátrica Brasileira buscou superar (Rotelli, 1990; Saraceno, 1999; Nicácio; Campos, 2004).

Dessa forma, a Reforma Psiquiátrica Brasileira, a RAPS e o cuidado em liberdade não aparecem aqui apenas como pano de fundo normativo, mas como referenciais indispensáveis para interpretar os achados. Eles permitem compreender que a recidiva de atendimentos de urgência e emergência em saúde mental não é fenômeno puramente individual, mas pode revelar tensões entre demanda aguda, organização da rede, formas de acolhimento e limites concretos da continuidade do cuidado no território.

3.3.4 Micropolítica do cuidado, gestão do cuidado e articulação em rede

A interpretação das recidivas de atendimentos em saúde mental nas Unidades de Pronto Atendimento exige, ainda, diálogo com as contribuições de Emerson Elias Merhy e Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, especialmente no que se refere à micropolítica do cuidado, ao trabalho em saúde e à gestão do cuidado em rede. Essa incorporação se mostra pertinente porque o objeto desta dissertação não se esgota na descrição de retornos ao serviço, mas convoca reflexão sobre como o cuidado é efetivamente produzido no cotidiano dos encontros entre usuários, trabalhadores e serviços. Nessa direção, a recorrência de atendimentos não deve ser lida apenas como expressão de uma condição clínica individual, mas como fenômeno que também se inscreve na organização concreta dos processos de trabalho e na articulação entre diferentes pontos da rede.

Merhy propõe compreender o trabalho em saúde a partir da noção de trabalho vivo em ato, isto é, como produção que se realiza no encontro entre trabalhador e

usuário, em contexto relacional, singular e sempre atravessado por decisões, afetos, tecnologias e disputas micropolíticas. Para o autor, o cuidado em saúde não se reduz à aplicação de procedimentos previamente definidos nem ao uso de tecnologias duras e leve-duras; ele depende, de modo decisivo, das tecnologias leves, do acolhimento, da escuta, do vínculo, da negociação e da capacidade de produzir respostas situadas no interior do encontro assistencial (Merhy, 2002; Merhy et al., 2019). Essa perspectiva é especialmente fecunda para a presente pesquisa porque permite compreender que a UPA, embora institucionalmente desenhada como dispositivo de atenção aguda, também é espaço de produção concreta do cuidado, no qual se definem condutas, se administram riscos e se constroem, ainda que de modo provisório, respostas ao sofrimento psíquico.

Quando determinados usuários retornam reiteradamente à urgência e emergência, esse movimento não deve ser reduzido, de maneira automática, a atributo individual ou a falha abstrata da rede. A partir de Merhy et al. (2019), pode-se sustentar que a centralidade recorrente da UPA também expressa arranjos micropolíticos do cuidado: isto é, modos concretos pelos quais o sistema responde ao sofrimento em determinados pontos de atenção, com determinadas ofertas, acessibilidades, limites e possibilidades. Em alguns casos, a urgência pode funcionar como espaço de acolhimento efetivamente disponível, reconhecido e acessível para o usuário; em outros, como resposta que estabiliza o episódio agudo sem conseguir deslocar a trajetória para formas mais contínuas de acompanhamento. Em ambos os casos, a repetição de passagens torna visível que o cuidado não é apenas planejado normativamente, mas produzido no cotidiano dos serviços.

As contribuições de Cecílio aprofundam essa discussão ao enfatizar que a gestão do cuidado não se resume à administração formal dos serviços, mas envolve múltiplas dimensões interdependentes, entre elas a dimensão individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária. Tal formulação permite compreender que o cuidado efetivamente realizado depende da articulação entre diferentes escalas: desde o encontro clínico singular até os fluxos institucionais, a coordenação entre serviços e as condições mais amplas de funcionamento da rede (Cecílio, 2011). Sob essa ótica, a recidiva deixa de ser vista apenas como evento repetido no interior da UPA e passa a poder ser lida como expressão de tensões

entre essas diferentes dimensões da gestão do cuidado. Essa chave é particularmente útil para interpretar os achados relativos à circulação entre unidades, à distribuição desigual da intensidade da recidiva e à permanência da urgência como referência recorrente para parte dos usuários.

Quando determinados usuários retornam repetidamente à urgência, e especialmente quando circulam entre diferentes UPAs, o fenômeno pode estar sinalizando dificuldades de coordenação do cuidado, fragmentação dos percursos assistenciais ou insuficiência de articulação entre os diferentes pontos da rede. Nessa direção, Cecílio contribui para deslocar a análise da recidiva de uma leitura centrada apenas no serviço isolado para uma leitura orientada pelas trajetórias dos usuários e pelos modos concretos de produção da integralidade. O cuidado, nesse sentido, não pode ser presumido a partir da simples existência formal da rede; ele precisa ser interrogado a partir de como os sujeitos efetivamente circulam, são acolhidos, encaminhados e acompanhados (Cecílio, 2011; Cecílio et al., 2012).

A articulação entre Merhy e Cecílio também fortalece a aderência desta dissertação ao campo das Ciências Sociais Aplicadas e da Saúde Coletiva. Enquanto Merhy ajuda a compreender a produção do cuidado na escala micropolítica do encontro e do processo de trabalho, Cecílio contribui para pensar a gestão do cuidado em suas múltiplas dimensões e a integralidade como construção concreta, sempre parcial e tensionada, no interior da rede. Para a presente pesquisa, isso significa reconhecer que a recidiva de atendimentos em saúde mental nas UPAs não é apenas um número ou um comportamento repetitivo de usuários, mas analisador potente de como o cuidado à crise vem sendo produzido, organizado e distribuído no município.

Importa registrar, nesse ponto, que o uso de Merhy e Cecílio nesta dissertação opera no plano interpretativo, e não no plano empírico em sentido estrito. A base documental utilizada, composta por registros administrativos de atendimentos, não permite reconstruir os encontros clínicos singulares, os processos de trabalho, as decisões micropolíticas dos profissionais ou as trajetórias subjetivas dos usuários. O que os dados permitem é identificar padrões de recidiva, intensidade e circulação que, lidos à luz desses autores, ganham inteligibilidade teórica. Assim, Merhy e Cecílio não são convocados para descrever o que ocorre no interior das

UPAs, mas para oferecer chaves de interpretação do que os números revelam sobre a organização do cuidado em escala local.

Essa leitura pode ser complementada pelas contribuições de Túlio Batista Franco e Eugênio Vilaça Mendes. Franco (2006), ao discutir as redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde, permite compreender que a rede não existe apenas como desenho formal, mas se produz nas conexões efetivas entre trabalhadores, usuários, serviços, fluxos e decisões cotidianas. Mendes (2010), por sua vez, ao tratar das redes de atenção à saúde, contribui para situar a importância da articulação entre pontos de atenção diante de sistemas ainda fortemente tensionados pela resposta a condições agudas e agudizações de condições crônicas. Em diálogo com esses autores, a recidiva de atendimentos na UPA pode ser lida como fenômeno que tenciona simultaneamente o plano micropolítico dos encontros e o plano organizativo da rede de atenção, sem ser reduzida a uma falha individual do usuário ou a uma insuficiência abstrata do sistema.

Em síntese, os eixos (a crise em saúde mental e sua expressão na atenção de urgência e emergência; a distinção conceitual entre recidiva, readmissão, reinternação e porta giratória; a Reforma Psiquiátrica Brasileira, a Rede de Atenção Psicossocial e o cuidado em liberdade; e a micropolítica do cuidado e a gestão do cuidado em rede) deste referencial teórico, em conjunto, permitem interpretar os resultados para além de sua dimensão descritiva imediata, situando o fenômeno investigado no interior das disputas conceituais, institucionais e políticas que atravessam o cuidado em saúde mental no SUS.

4 RESULTADOS

Este capítulo apresenta os resultados da análise da base consolidada de atendimentos de saúde mental nas Unidades de Pronto Atendimento do município, já depurada com a exclusão de 41 registros classificados como diagnósticos não psiquiátricos ou apenas associados. A base analítica final reuniu 14.505 atendimentos, referentes a 9.885 usuários distintos.

No biênio, 2.621 usuários apresentaram mais de um atendimento, correspondendo a 26,5% do total de usuários identificados. Ainda que representem pouco mais de um quarto dos usuários, esses casos concentraram 7.241 atendimentos, isto é, 49,9% de todos os registros incluídos na análise. Nas seções descritivas iniciais, são apresentados indicadores anuais e do biênio; nos cruzamentos analíticos finais, a recidiva é examinada em nível de usuário recorrente no biênio, com classificação da intensidade em baixa (2 atendimentos), média (3 a 4) e alta (5 ou mais).

Também se considerou, para fins de síntese analítica, o grupo diagnóstico predominante e a UPA predominante ao longo da trajetória do usuário no biênio. Nos casos de empate entre categorias, adotou-se a primeira ocorrência cronológica como critério de desempate. Essa opção permitiu preservar coerência na classificação dos usuários sem perder de vista a singularidade dos percursos assistenciais observados na base.

4.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL DA BASE

A leitura inicial dos dados evidencia que a recorrência não constitui fenômeno residual. Embora a maioria dos usuários tenha comparecido apenas uma vez às UPAs no período analisado, os usuários recorrentes concentraram praticamente metade de todos os atendimentos. Isso sugere que uma parcela comparativamente menor de pessoas mobiliza o serviço de forma reiterada, o que confere relevância analítica à observação da intensidade da recidiva, da sua distribuição diagnóstica e da sua circulação entre unidades. Cabe esclarecer que os 7.241 atendimentos concentrados em usuários recorrentes incluem a totalidade dos registros desses usuários no período, ou seja, tanto o primeiro atendimento quanto os subsequentes de cada sujeito com recidiva. Esse esclarecimento é metodologicamente importante

para evitar a leitura equivocada de que os 7.241 atendimentos corresponderiam exclusivamente aos "retornos", excluindo o atendimento original.

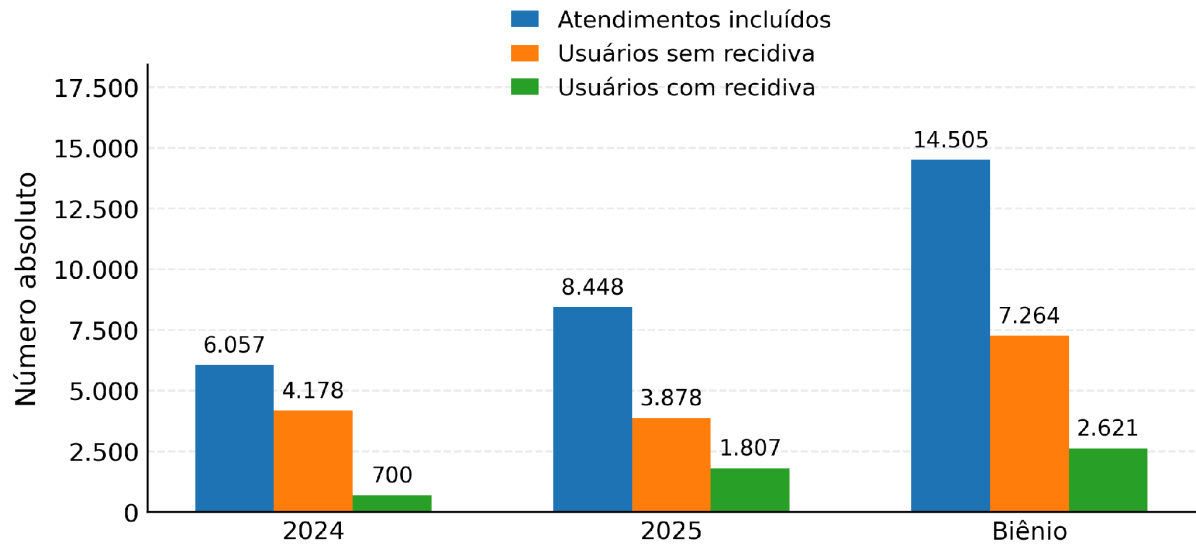
Outro dado importante é que o banco utilizado neste capítulo já corresponde à base depurada. Assim, os indicadores a seguir dizem respeito apenas aos atendimentos mantidos após a exclusão dos registros cujo conteúdo diagnóstico não expressava de forma direta uma condição de saúde mental pertinente ao objeto da dissertação.

Tabela 1 – Indicadores gerais da base analisada

Indicador	Valor
Total de atendimentos incluídos na análise	14.505
Registros excluídos por diagnóstico não psiquiátrico ou apenas associado	41
Total de usuários identificados	9.885
Usuários com apenas um atendimento	7.264
Usuários com recidiva na UPA no biênio	2.621
% de usuários com recidiva na UPA no biênio	26,5%
Atendimentos realizados por usuários recorrentes	7.241
% dos atendimentos concentrados em usuários recorrentes	49,9%

Fonte: Elaborado pelo autor a partir da base de dados da pesquisa (2026).

Gráfico 1 – Visão geral da base analítica



Fonte: Elaborado pelo autor a partir da base de dados da pesquisa (2026).

Nota: A categoria “usuários sem recidiva” corresponde aos usuários com apenas um atendimento no respectivo período. A categoria “usuários com recidiva” corresponde aos usuários com dois ou mais atendimentos. Para 2024 e 2025, considera-se a recidiva dentro de cada ano civil; para o biênio, considera-se a recidiva no conjunto do período 2024-2025.

4.2 DISTRIBUIÇÃO DOS ATENDIMENTOS SEGUNDO UNIDADE E ANO

A comparação entre 2024 e 2025 mostra que a ampliação dos atendimentos não ocorreu de forma homogênea entre as unidades. Em 2024, a base registrou atendimentos apenas na UPA Santana e na UPA Santa Paula, com predomínio da primeira. Em 2025, a distribuição se torna mais dispersa, com manutenção da liderança da UPA Santana, maior participação da UPA Santa Paula e presença da UPA Uvaranas, inaugurada neste mesmo ano, no conjunto da base.

Esse arranjo evidencia reorganização expressiva da absorção da demanda no segundo ano analisado. Contudo, a leitura dos dados exige cautela. A redução proporcional do peso da UPA Santana em 2025 não ocorreu apenas em razão da redistribuição esperada com a abertura da Uvaranas, serviço que absorveu 1.517 atendimentos em seus primeiros meses de funcionamento. Chama atenção, sobretudo, o crescimento absoluto expressivo observado na UPA Santa Paula, cujo volume de atendimentos passou de 1.920, em 2024, para 3.102, em 2025, representando aumento de 61,6% em um único ano. Esse incremento vai além do que seria esperado pela simples redistribuição da demanda preexistente e não encontra explicação imediata nos dados disponíveis.

Possíveis hipóteses incluem mudanças nos fluxos locais, alterações no processo de registro ou codificação diagnóstica, ampliação da cobertura ou da capacidade de absorção da unidade, ou ainda variações epidemiológicas reais no território de abrangência. O banco de dados utilizado não permite distinguir entre essas hipóteses, o que impõe que o aumento observado em Santa Paula seja interpretado com prudência e não generalizado como tendência epidemiológica definitiva. A verificação dessa hipótese demandaria acesso a registros operacionais da unidade que extrapolam o escopo desta pesquisa, razão pela qual o dado é apresentado com a devida ressalva.

Para além da distribuição entre unidades, o volume total de atendimentos também se alterou de forma expressiva entre os anos: de 6.057 registros em 2024 para 8.448 em 2025, crescimento de 39,5%. Parte desse incremento se associa à inauguração da UPA Uvaranas, responsável por 1.517 atendimentos em 2025; ainda assim, mesmo desconsiderando a nova unidade, as duas UPAs preexistentes somaram 6.931 atendimentos no segundo ano, volume 14,4% superior ao total de

2024. Em termos práticos, a rede de urgência municipal registrou, em média, 16,5 atendimentos diários de saúde mental em 2024 e 23,1 em 2025, o que corresponde a aproximadamente 20 atendimentos por dia no conjunto do biênio. Trata-se de presença cotidiana e numericamente expressiva da saúde mental nos serviços de urgência e emergência, padrão coerente com a leitura de Mendes (2010) sobre redes de atenção ainda fortemente organizadas em torno das condições e dos eventos agudos, e que recoloca a discussão sobre a preparação das equipes e a qualificação do manejo da crise nesses espaços.

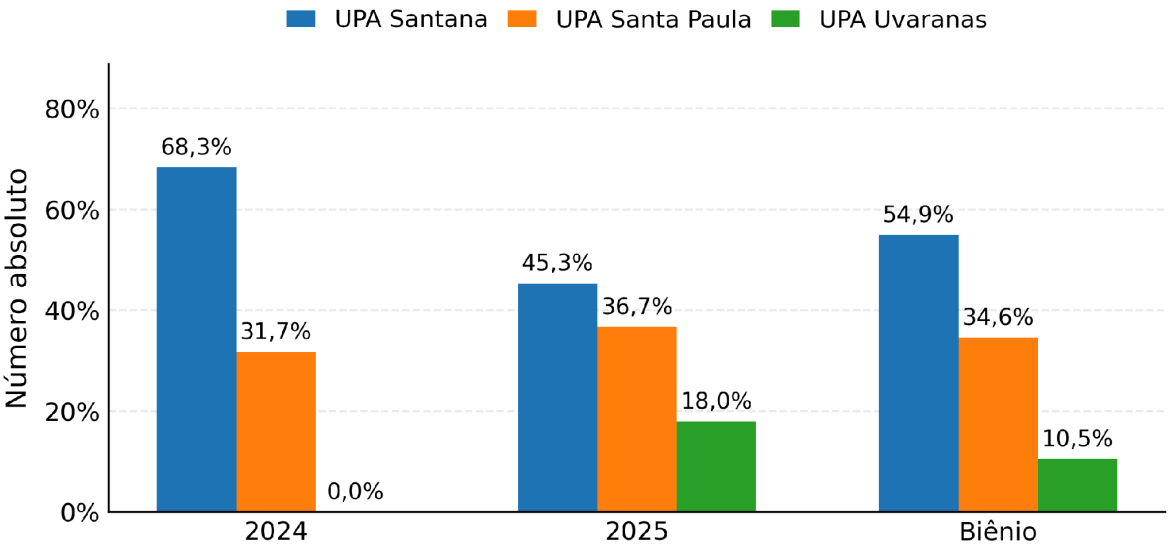
O banco de dados não permite decompor com precisão os fatores desse crescimento, que pode refletir aumento real da demanda, ampliação do acesso com a nova unidade, mudanças nas práticas de registro ou a combinação desses elementos, razão pela qual o dado é apresentado em caráter descritivo.

Tabela 2 – Distribuição dos atendimentos segundo unidade e ano

Período	UPA Santana	UPA Santa Paula	UPA Uvaranas	Total
2024	4.137 (68,3%)	1.920 (31,7%)	0 (0,0%)	6.057
2025	3.829 (45,3%)	3.102 (36,7%)	1.517 (18,0%)	8.448
Biênio	7.966 (54,9%)	5.022 (34,6%)	1.517 (10,5%)	14.505

Fonte: Elaborado pelo autor a partir da base de dados da pesquisa (2026).

Gráfico 2 – Distribuição percentual dos atendimentos segundo unidade e ano



Fonte: Elaborado pelo autor a partir da base de dados da pesquisa (2026).

4.3 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DOS USUÁRIOS

No plano sociodemográfico, o perfil dos usuários mostrou relativa estabilidade entre os anos. Em 2024, as mulheres corresponderam a 61,8% dos usuários distintos; em 2025, a 64,0%; e, no conjunto do biênio, a 63,0%. A idade média foi de 35,5 anos em 2024 e de 35,6 anos em 2025, com mediana de 32 e 33 anos, respectivamente.

Em ambos os anos, a maior concentração ocorreu entre 18 e 29 anos, seguida das faixas de 30 a 39 e de 40 a 49 anos. Em menor proporção, aparecem os grupos de 50 a 59 anos, de 0 a 17 anos e de 60 anos ou mais, o que reforça a centralidade dos adultos jovens e adultos na demanda observada.

No plano clínico, a reorganização dos diagnósticos em grupos diagnósticos analíticos tornou mais legível a composição da demanda. Quando considerada a primeira ocorrência registrada de cada usuário em cada período, os transtornos ansiosos e relacionados ao estresse concentraram a maior parte dos casos, seguidos, em magnitudes menores, por autolesão/comportamento suicida, transtornos psicóticos, transtornos relacionados ao uso de álcool, transtornos relacionados ao uso de outras substâncias e transtornos depressivos e do humor.

A elevada prevalência de transtornos ansiosos e relacionados ao estresse na base analisada, correspondendo a 73,1% dos usuários no biênio, merece observação. Esse padrão difere do encontrado em estudos realizados em outros serviços de urgência e emergência em saúde mental no Brasil, como o de Prado Neto et al. (2024), que identificou predomínio de transtornos esquizofrênicos e de humor em emergência psiquiátrica de hospital de referência estadual.

Essa divergência pode decorrer de pelo menos três fatores, que não se excluem mutuamente. Primeiro, diferenças na natureza dos serviços: a UPA, por sua posição intermediária entre APS e hospital, pode absorver perfil de demanda distinto do de uma emergência psiquiátrica especializada, incluindo sofrimentos de menor intensidade aguda, porém de elevada frequência. Segundo, variações nas práticas de codificação diagnóstica entre os profissionais das UPAs, que podem tender a registrar quadros de angústia aguda e descompensação emocional sob o código de transtornos ansiosos, mesmo em casos que poderiam receber outra classificação em serviço especializado. Terceiro, especificidades epidemiológicas do território de

Ponta Grossa/PR, que o banco de dados não permite isolar. Essas hipóteses não são mutuamente excludentes e não podem ser testadas com o material disponível, o que recomenda prudência na generalização do perfil diagnóstico encontrado para outros contextos.

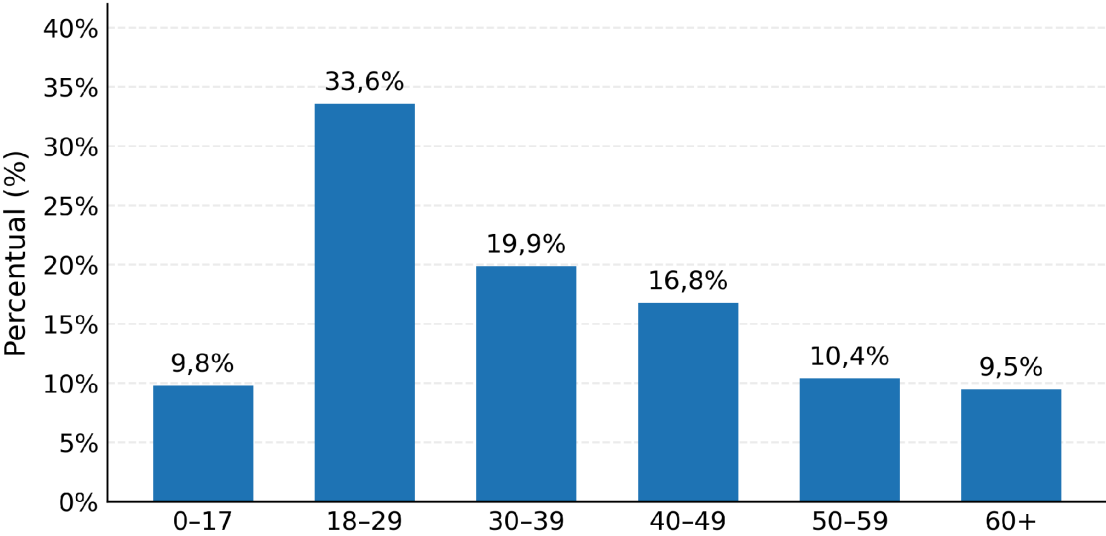
A essa ponderação se soma uma diferença na própria trajetória de chegada dos usuários. Em uma emergência psiquiátrica especializada, a porta de entrada está institucionalmente delimitada para alterações de pensamento, comportamento, humor, risco de auto ou heteroagressão e outros quadros agudos vinculados ao campo da saúde mental. A UPA, por sua vez, constitui serviço de urgência e emergência de caráter geral e complexidade intermediária, articulado à Atenção Primária, ao SAMU e à atenção hospitalar, recebendo demandas clínicas heterogêneas. Nesse contexto, parte dos usuários com sintomas ansiosos agudos, como taquicardia, sudorese, formigamento, dor ou pressão torácica, medo intenso e sensação de morte iminente, pode procurar o serviço na suposição de um evento clínico, como infarto ou acidente vascular cerebral, e ter a classificação do episódio como pertencente ao campo da saúde mental apenas posteriormente, no próprio atendimento (Brasil, 2017, 2019a; Maranhão, 2023). Esse percurso tem implicações para o cuidado: quando o usuário recebe a informação de que não apresenta alteração orgânica, o sintoma pode ser desqualificado, tanto pelo próprio sujeito quanto pela equipe, o que fragiliza o encaminhamento e pode favorecer novos retornos à urgência diante da persistência do sofrimento. Nesse sentido, a elevada prevalência de transtornos ansiosos na base analisada também expressa a posição da UPA como porta de entrada inespecífica da crise, e não necessariamente um perfil epidemiológico distinto do território.

Tabela 3 – Perfil sociodemográfico dos usuários distintos, por período

Período	Mulheres n (%)	Homens n (%)	Idade média	Mediana	Mín- máx	0–17 n (%)	18–29 n (%)	30–39 n (%)	40–49 n (%)	50–59 n (%)	60+ n (%)
2024	3.016 (61,8%)	1.862 (38,2%)	35,5	32	1–95	432 (8,9%)	1.694 (34,7%)	991 (20,3%)	817 (16,7%)	497 (10,2%)	447 (9,2%)
2025	3.638 (64,0%)	2.047 (36,0%)	35,6	33	0–98	586 (10,3%)	1.874 (33,0%)	1.114 (19,6%)	964 (17,0%)	608 (10,7%)	539 (9,5%)
Biênio	6.226 (63,0%)	3.659 (37,0%)	35,6	33	0–98	967 (9,8%)	3.320 (33,6%)	1.969 (19,9%)	1.656 (16,8%)	1.032 (10,4%)	941 (9,5%)

Fonte: Elaborado pelo autor a partir da base de dados da pesquisa (2026).

Gráfico 3 – Faixas etárias dos usuários distintos no biênio



Fonte: Elaborado pelo autor a partir da base de dados da pesquisa (2026).

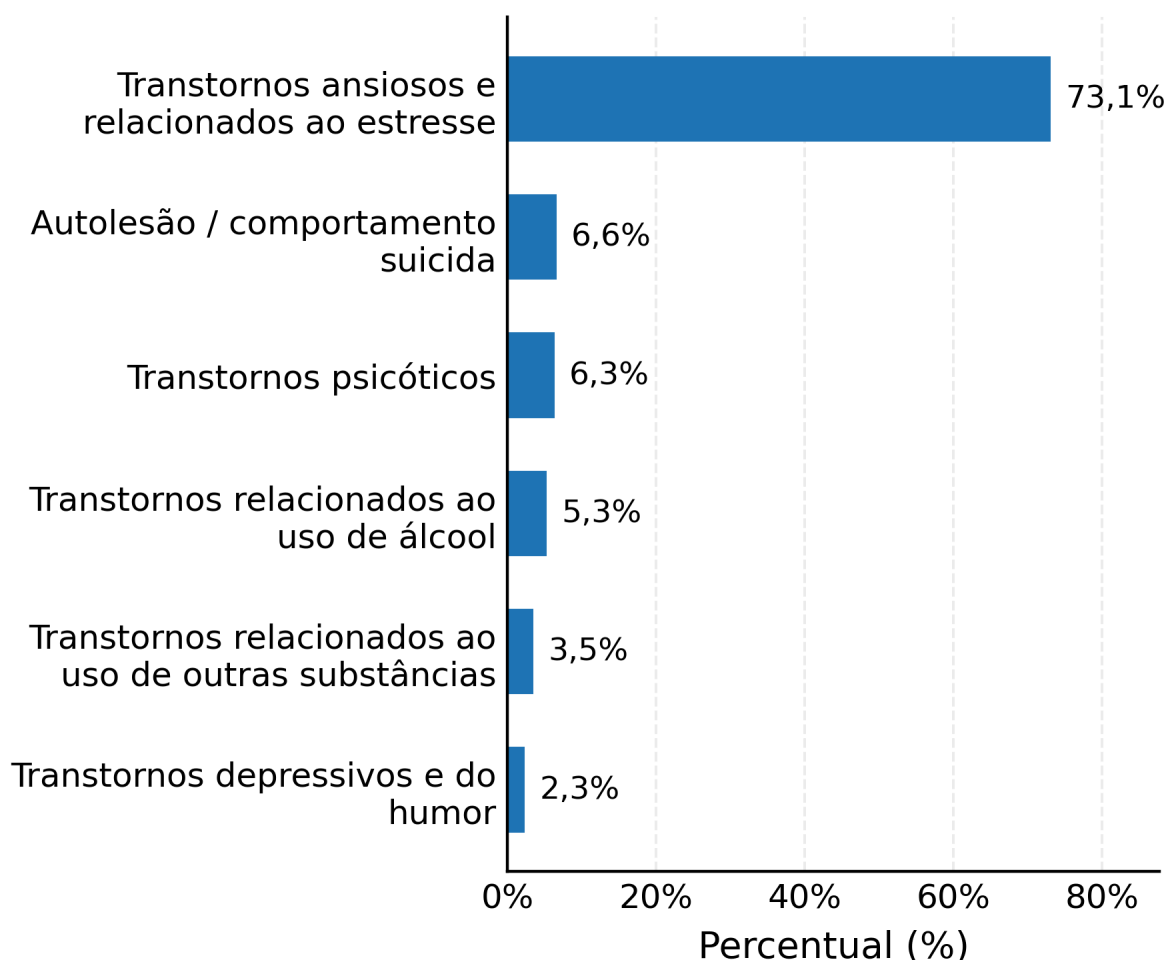
Tabela 4 – Principais grupos diagnósticos analíticos entre usuários distintos

Grupo diagnóstico	2024	2025	Biênio
Transtornos ansiosos e relacionados ao estresse	3.396 (69,6%)	4.270 (75,1%)	7.226 (73,1%)
Autolesão / comportamento suicida	302 (6,2%)	402 (7,1%)	655 (6,6%)
Transtornos psicóticos	408 (8,4%)	293 (5,2%)	627 (6,3%)
Transtornos relacionados ao uso de álcool	284 (5,8%)	296 (5,2%)	528 (5,3%)
Transtornos relacionados ao uso de outras substâncias	198 (4,1%)	174 (3,1%)	345 (3,5%)
Transtornos depressivos e do humor	138 (2,8%)	114 (2,0%)	227 (2,3%)

Fonte: Elaborado pelo autor a partir da base de dados da pesquisa (2026).

Nota: Os grupos apresentados correspondem aos seis de maior frequência na base. Os demais grupos diagnósticos analíticos (transtornos dissociativos/somatoformes, transtornos do neurodesenvolvimento, transtornos de personalidade, transtornos da alimentação, transtornos neurocognitivos/orgânicos e outros transtornos inespecíficos) respondem pelos percentuais restantes em cada período (3,1% em 2024, 2,4% em 2025 e 2,8% no biênio). A distribuição completa por grupo diagnóstico se encontra detalhada na Tabela 8 (cruzamento com intensidade da recidiva), no âmbito dos usuários recorrentes.

Gráfico 4 – Principais grupos diagnósticos analíticos no biênio



Fonte: Elaborado pelo autor a partir da base de dados da pesquisa (2026).

4.4 INTENSIDADE DA RECIDIVA E TEMPORALIDADE DOS RETORNOS

Para qualificar a leitura da recidiva, os usuários foram agrupados, nas comparações por período, em quatro categorias de intensidade: 1 atendimento, 2 atendimentos, 3 a 4 atendimentos e 5 ou mais atendimentos. Essa classificação permite distinguir a mera presença de recidiva de sua intensidade, tornando visível se a repetição de atendimentos se distribui de forma homogênea ou se se concentra em contingentes específicos de usuários.

No que se refere à temporalidade, adotou-se categorização mutuamente exclusiva a partir do menor intervalo entre atendimentos consecutivos do mesmo usuário: retorno muito precoce (até 7 dias), retorno precoce (8 a 30 dias) e retorno

tardio (acima de 30 dias). Essa estratégia evita sobreposição entre janelas temporais e qualifica a natureza da recorrência observada na base.

A leitura dos dados mostra crescimento importante da recidiva entre 2024 e 2025. Em 2024, 700 usuários apresentaram mais de um atendimento no ano; em 2025, esse número sobe para 1.807. É importante registrar que os recidivantes identificados em cada ano não correspondem necessariamente ao mesmo conjunto de sujeitos computados como recidivantes no biênio. Os 700 usuários com recidiva em 2024 e os 1.807 em 2025 representam recorrências dentro de um mesmo ano civil. Há, adicionalmente, um grupo de 114 usuários que realizaram apenas um atendimento em 2024 e apenas um atendimento em 2025, não configurando recidiva anual em nenhum dos dois períodos, mas sendo contabilizados como recidivantes no conjunto do biênio (dois atendimentos no período 2024–2025). Essa diferença decorre diretamente das definições operacionais adotadas, que distinguem recidiva anual e recidiva no biênio conforme o Quadro 2. Além disso, em 2024 predominaram os retornos tardios, enquanto em 2025 passaram a predominar, de modo marcante, os retornos muito precoces.

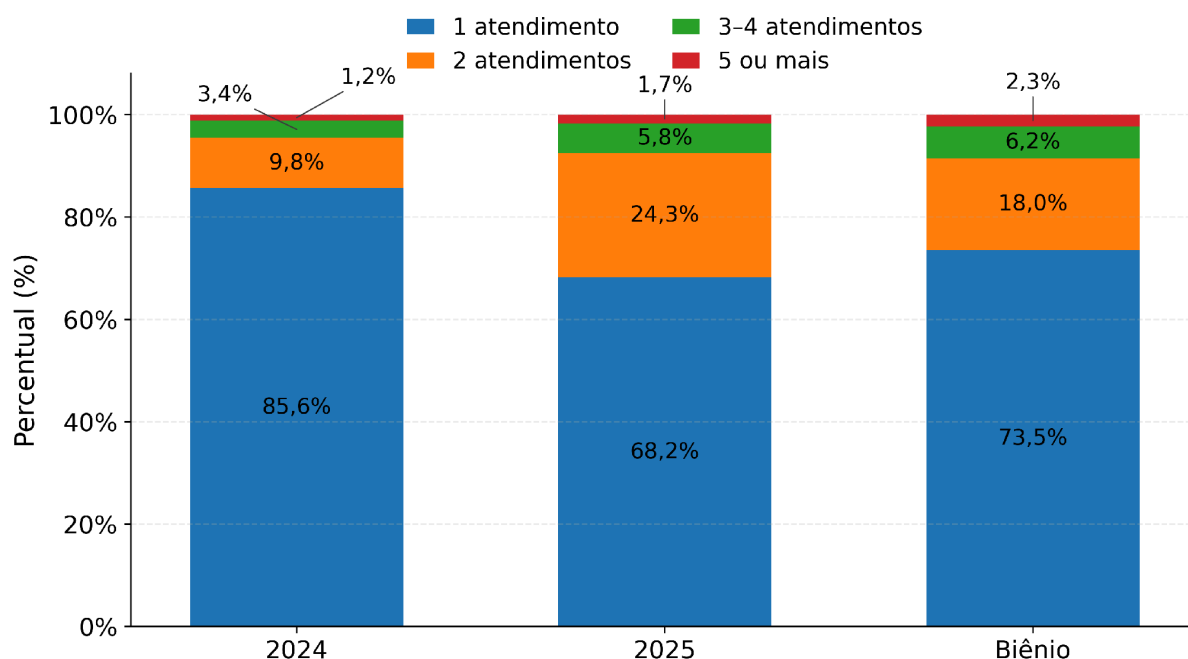
Tabela 5 – Intensidade da recidiva e temporalidade dos retornos

Indicador	2024	2025	Biênio
1 atendimento	4.178 (85,6%)	3.878 (68,2%)	7.264 (73,5%)
2 atendimentos	476 (9,8%)	1.380 (24,3%)	1.781 (18,0%)
3–4 atendimentos	164 (3,4%)	331 (5,8%)	614 (6,2%)
5 ou mais atendimentos	60 (1,2%)	96 (1,7%)	226 (2,3%)
Retorno muito precoce (até 7 dias)	261 (37,3%)	1.376 (76,1%)	1.607 (61,3%)
Retorno precoce (8 a 30 dias)	132 (18,9%)	159 (8,8%)	276 (10,5%)
Retorno tardio (acima de 30 dias)	307 (43,9%)	272 (15,1%)	738 (28,2%)

Fonte: Elaborado pelo autor a partir da base de dados da pesquisa (2026).

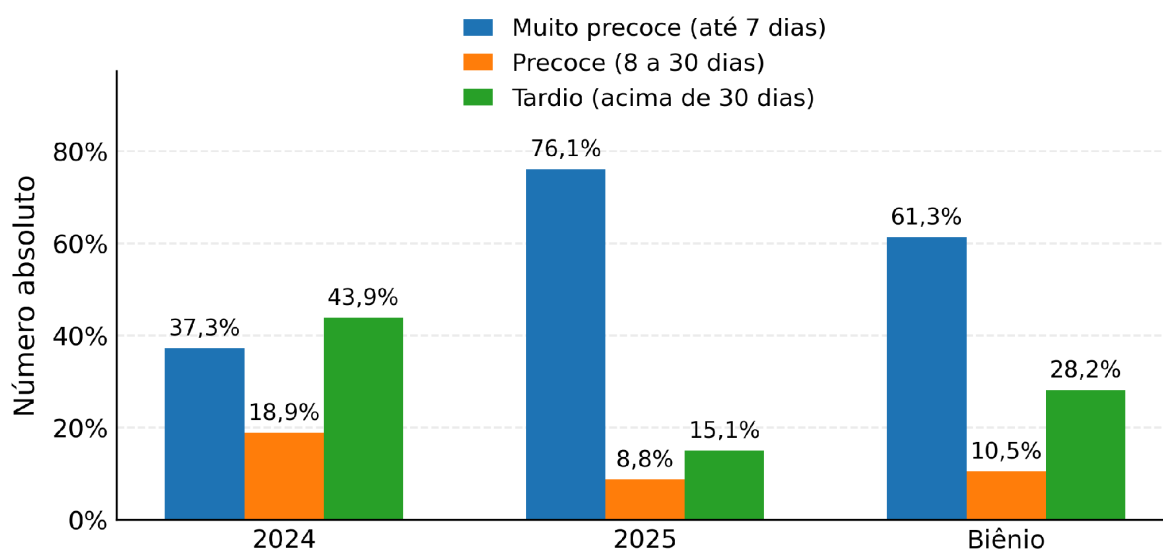
Nota: Para a temporalidade, o denominador corresponde apenas aos usuários com recidiva em cada período.

Gráfico 5 – Intensidade da recidiva por período



Fonte: Elaborado pelo autor a partir da base de dados da pesquisa (2026).

Gráfico 6 – Temporalidade dos retornos por período



Fonte: Elaborado pelo autor a partir da base de dados da pesquisa (2026).

Quando se observa apenas o conjunto dos 2.621 usuários recorrentes do biênio, predominou a baixa intensidade, isto é, usuários com dois atendimentos no período. Esse grupo reuniu 1.781 casos (68,0%). A média intensidade, correspondente a três ou quatro atendimentos, somou 614 usuários (23,4%), enquanto a alta intensidade, definida por cinco ou mais atendimentos, reuniu 226

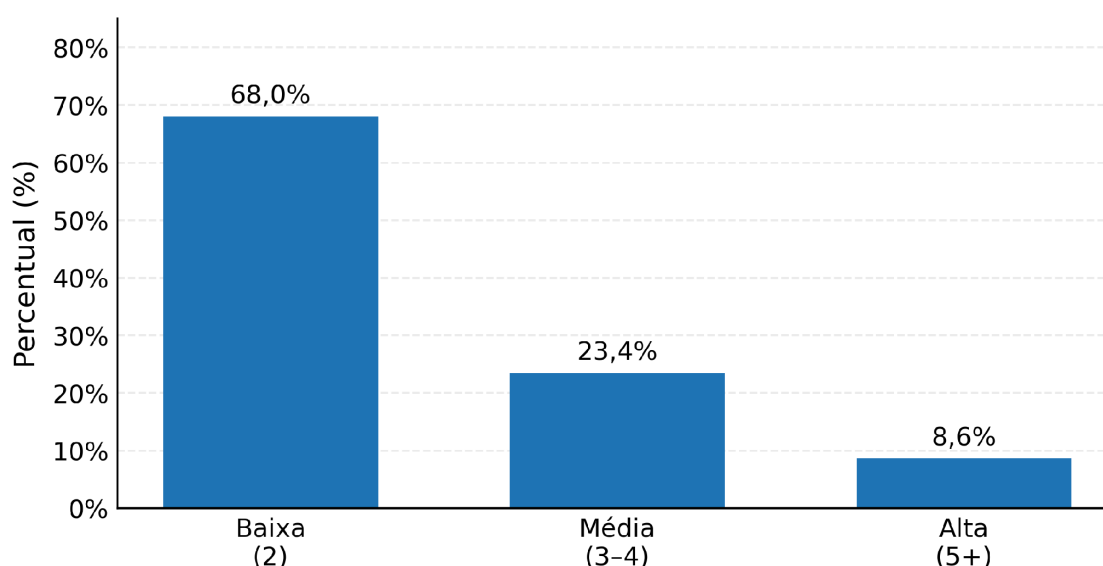
usuários (8,6%). Em outros termos, a maior parte da recidiva aparece como repetição limitada, mas há um subconjunto menor e expressivo que mantém uso muito mais reiterado das UPAs ao longo do período.

Tabela 6 – Intensidade da recidiva entre usuários recorrentes no biênio

Faixa de intensidade	n	%
Baixa intensidade (2 atendimentos)	1.781	68,0%
Média intensidade (3-4 atendimentos)	614	23,4%
Alta intensidade (5 ou mais atendimentos)	226	8,6%

Fonte: Elaborado pelo autor a partir da base de dados da pesquisa (2026).

Gráfico 7 – Distribuição da intensidade da recidiva entre usuários recorrentes



Fonte: Elaborado pelo autor a partir da base de dados da pesquisa (2026).

A inversão observada na temporalidade dos retornos entre os dois anos merece atenção analítica cuidadosa. Em 2024, os retornos tardios (acima de 30 dias) correspondiam a 43,9% dos casos com recidiva, enquanto os muito precoces representavam 37,3%. Em 2025, essa relação se inverteu de forma expressiva: os retornos muito precoces alcançaram 76,1%, e os tardios recuaram para 15,1%. Embora esse dado possa indicar, no plano assistencial, maior persistência ou instabilidade do sofrimento em 2025, é necessário considerar também uma hipótese de natureza metodológica: a inauguração da UPA Uvaranas em junho de 2025 pode ter gerado padrão em que usuários atendidos em uma unidade retornaram a outra

nos dias seguintes, sendo contabilizados como "retorno muito precoce" quando, na prática, realizavam primeiro atendimento naquele novo serviço. O banco de dados não permite distinguir se o retorno precoce em 2025 reflete persistência clínica do sofrimento ou mobilidade assistencial entre unidades. Ambas as interpretações são plausíveis e possivelmente coexistem no conjunto dos casos. Essa limitação será retomada na discussão.

4.5 CIRCULAÇÃO ENTRE UNIDADES

Outra dimensão importante para qualificar a recidiva consiste em observar se os usuários retornam sempre à mesma unidade ou se circulam entre diferentes UPAs. Para isso, os usuários com recidiva foram classificados em duas situações: recidiva concentrada na mesma unidade e recidiva com circulação entre mais de uma unidade. Essa operação permite aproximar a análise de padrões de uso da rede sem extrapolar os limites da base administrativa.

Os resultados mostram uma mudança expressiva entre os anos. Em 2024, a maior parte dos usuários com recidiva permaneceu na mesma unidade (76,0%), enquanto 24,0% circularam entre mais de uma UPA. Em 2025, essa relação se inverteu: 75,4% dos usuários com recidiva circularam entre mais de uma unidade e 24,6% concentraram seus retornos na mesma UPA. No biênio, 61,9% dos usuários com recidiva circularam entre mais de uma unidade.

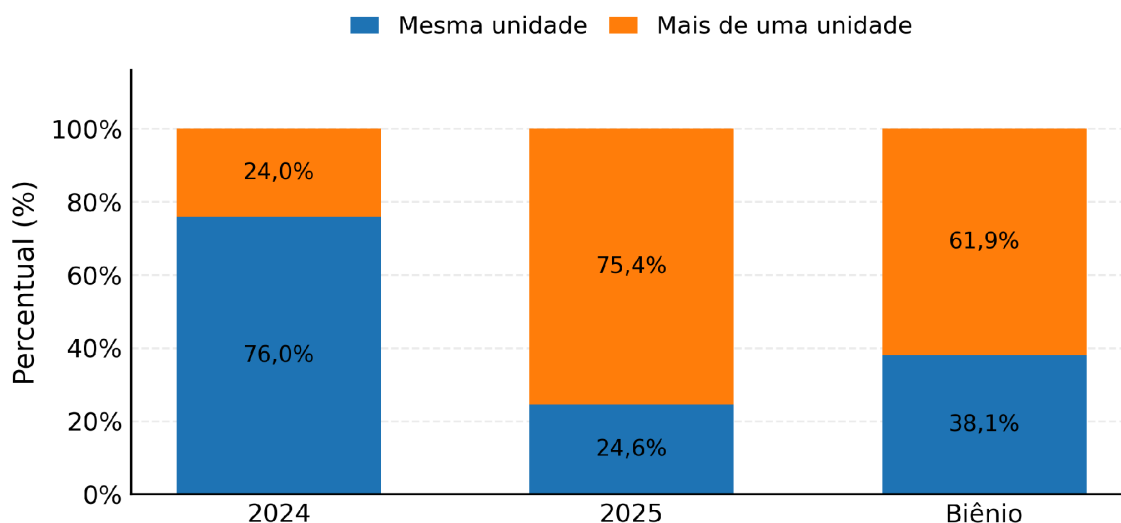
A interpretação dessa inversão requer cautela. A explicação mais imediata e estrutural é a própria inauguração da UPA Uvaranas em junho de 2025: com a abertura de um terceiro serviço no município, usuários que até então dispunham de duas opções passaram a ter três, o que naturalmente amplia a probabilidade matemática de que atendimentos consecutivos ocorram em unidades diferentes. Isso significa que parte expressiva do aumento da circulação em 2025 pode refletir, simplesmente, a maior oferta de serviços disponíveis, e não necessariamente fragmentação ou descoordenação do cuidado. Ao mesmo tempo, não se pode descartar que parte da circulação seja de fato indicador de trajetórias assistenciais dispersas. O banco de dados não permite distinguir entre essas duas interpretações, razão pela qual a circulação entre unidades deve ser lida como dimensão analítica relevante, porém com os limites interpretativos explicitados.

Tabela 7 – Circulação entre unidades entre usuários com recidiva

Período	Recidivantes	Mesma unidade	Mais de uma unidade
2024	700	532 (76,0%)	168 (24,0%)
2025	1.807	445 (24,6%)	1.362 (75,4%)
Biênio	2.621	998 (38,1%)	1.623 (61,9%)

Fonte: Elaborado pelo autor a partir da base de dados da pesquisa (2026).

Gráfico 8 – Circulação entre unidades entre usuários com recidiva



Fonte: Elaborado pelo autor a partir da base de dados da pesquisa (2026).

4.6 CRUZAMENTOS ANALÍTICOS DA INTENSIDADE DA RECIDIVA

A partir deste ponto, a análise desloca o foco para os usuários recorrentes do biênio e explora, de forma mais detida, como a intensidade da recidiva se distribui segundo grupo diagnóstico predominante, UPA predominante, sexo, faixa etária e circulação entre unidades. O objetivo não é apenas enumerar ocorrências, mas identificar perfis nos quais a recidiva mais intensa tende a se concentrar relativamente mais.

4.6.1 Intensidade da recidiva × grupo diagnóstico predominante

O cruzamento entre intensidade da recidiva e grupo diagnóstico predominante mostra, em primeiro lugar, que os transtornos ansiosos e relacionados ao estresse concentram a maior parte dos usuários recorrentes (1.953 casos; 74,5% do conjunto). Contudo, quando se observa a distribuição interna da intensidade,

verifica-se que a recidiva mais intensa se torna relativamente mais expressiva em outros grupos.

Entre os grupos com volume analítico suficiente para comparação (isto é, com mais de 30 usuários recorrentes), a maior proporção de alta intensidade foi encontrada nos transtornos relacionados ao uso de outras substâncias (15,8%), seguidos pelos transtornos psicóticos (12,2%) e pelos transtornos relacionados ao uso de álcool (11,9%). Já os transtornos ansiosos e relacionados ao estresse, embora liderem em volume absoluto, apresentaram distribuição mais concentrada na baixa intensidade (70,1%) e menor proporção relativa de alta intensidade (7,9%).

Tabela 8 – Intensidade da recidiva por grupo diagnóstico predominante

(continua)

Grupo diagnóstico predominante	Baixa	Média	Alta	Total
Transtornos ansiosos e relacionados ao estresse	1.370 (70,1%)	428 (21,9%)	155 (7,9%)	1.953
Transtornos psicóticos	116 (52,3%)	79 (35,6%)	27 (12,2%)	222
Transtornos relacionados ao uso de álcool	84 (62,7%)	34 (25,4%)	16 (11,9%)	134
Autolesão / comportamento suicida	65 (64,4%)	31 (30,7%)	5 (5,0%)	101
Transtornos relacionados ao uso de outras substâncias	54 (56,8%)	26 (27,4%)	15 (15,8%)	95
Transtornos depressivos e do humor	43 (76,8%)	10 (17,9%)	3 (5,4%)	56
Transtornos dissociativos / somatoformes	26 (76,5%)	4 (11,8%)	4 (11,8%)	34
Transtornos do neurodesenvolvimento e da infância/adolescência	13 (86,7%)	2 (13,3%)	0 (0,0%)	15
Transtornos de personalidade e comportamento	3 (75,0%)	0 (0,0%)	1 (25,0%)	4
Outros transtornos mentais / inespecíficos	3 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3
Transtornos da alimentação	2 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2

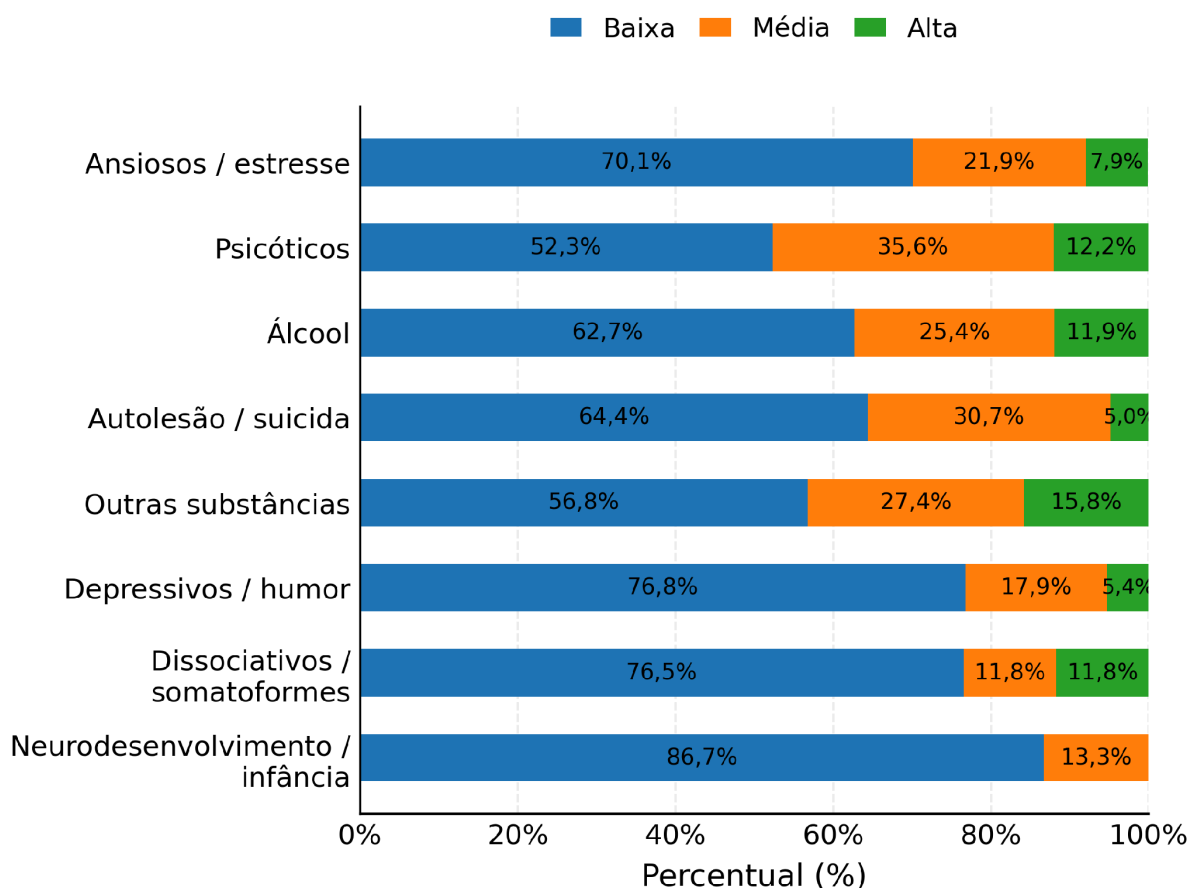
(continuação)

Transtornos neurocognitivos / orgânicos	2 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2
---	------------	----------	----------	---

Fonte: Elaborado pelo autor a partir da base de dados da pesquisa (2026).

Nota: Percentuais calculados dentro de cada grupo diagnóstico. Nos casos de empate na definição do grupo predominante, considerou-se a primeira ocorrência cronológica. Grupos com número total de usuários inferior a 10 (transtornos de personalidade e comportamento, n=4; outros transtornos mentais/inespecíficos, n=3; transtornos da alimentação, n=2; transtornos neurocognitivos/orgânicos, n=2) têm seus percentuais apresentados apenas para fins de completude da base. Os valores não possuem estabilidade estatística e não devem ser utilizados para comparação ou generalização. Qualquer análise interpretativa deve se concentrar nos grupos com frequência superior a 30 usuários.

Gráfico 9 – Intensidade da recidiva por grupo diagnóstico predominante



Fonte: Elaborado pelo autor a partir da base de dados da pesquisa (2026).

Nota: A figura apresenta os oito grupos com maior frequência entre os usuários recorrentes.

4.6.2 Intensidade da recidiva × UPA predominante

Quando os usuários recorrentes são classificados segundo a UPA predominante, observa-se que a maior parte deles se concentra em Santana (1.900 usuários; 72,5%), seguida de Santa Paula (565; 21,6%) e Uvaranas (156; 6,0%). Todavia, a distribuição relativa da intensidade não é homogênea entre as unidades.

Santa Paula apresentou a maior proporção de usuários em alta intensidade (13,5%) e, simultaneamente, a menor participação de baixa intensidade (50,6%), o que sugere concentração relativamente maior de trajetórias reiteradas nessa unidade. Contudo, é necessário considerar que a UPA Santa Paula é a unidade mais antiga do município, em funcionamento desde 2014, enquanto a UPA Santana foi inaugurada em 2021. Isso significa que a base de usuários que eventualmente desenvolveu padrão de uso reiterado ao longo do tempo é potencialmente mais ampla em Santa Paula do que nas demais unidades. A antiguidade do serviço pode contribuir para que parcela de seus usuários recorrentes apresente trajetórias de uso mais prolongadas e intensas, independentemente de características organizacionais específicas da unidade. O banco de dados não permite controlar esse efeito, o que impõe que a comparação entre UPAs seja lida como dado descritivo e não como evidência de diferença na qualidade ou organização do cuidado entre as unidades. Em Santana, apesar do maior volume absoluto de usuários recorrentes, predominou a baixa intensidade (73,2%), enquanto a alta intensidade correspondeu a 7,5%. Em Uvaranas, a alta intensidade foi menos frequente (4,5%).

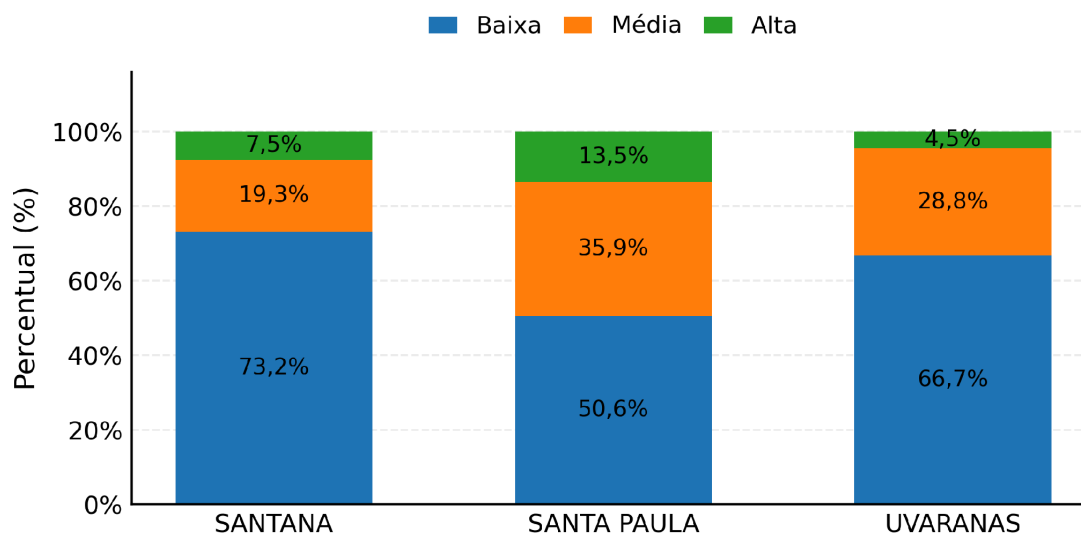
Tabela 9 – Intensidade da recidiva por UPA predominante

UPA predominante	Baixa	Média	Alta	Total
SANTANA	1.391 (73,2%)	366 (19,3%)	143 (7,5%)	1.900
SANTA PAULA	286 (50,6%)	203 (35,9%)	76 (13,5%)	565
UVARANAS	104 (66,7%)	45 (28,8%)	7 (4,5%)	156

Fonte: Elaborado pelo autor a partir da base de dados da pesquisa (2026).

Nota: percentuais calculados dentro de cada UPA predominante. Nos casos de empate, considerou-se a primeira ocorrência cronológica.

Gráfico 10 – Intensidade da recidiva por UPA predominante



Fonte: Elaborado pelo autor a partir da base de dados da pesquisa (2026).

4.6.3 Intensidade da recidiva × sexo

Do ponto de vista do sexo, as mulheres corresponderam à maior parte dos usuários recorrentes (1.665; 63,5%), enquanto os homens totalizaram 956 casos (36,5%). Em ambos os grupos predominou a baixa intensidade, o que sugere padrão relativamente convergente quando se observam apenas os casos com dois atendimentos.

A diferença aparece de forma mais nítida na alta intensidade. Entre as mulheres, 8,2% dos casos recorrentes situaram-se nessa faixa, ao passo que, entre os homens, esse percentual chegou a 9,3%. Trata-se de diferença modesta, de 1,1 ponto percentual, que, em razão do caráter descritivo e não inferencial desta pesquisa, não pode ser interpretada como evidência de que homens recorrentes apresentam sistematicamente maior intensidade. O dado é compatível com achados da literatura sobre uso de serviços de saúde mental por sexo, mas deve ser tomado como indicativo para investigações futuras, e não como achado conclusivo desta dissertação.

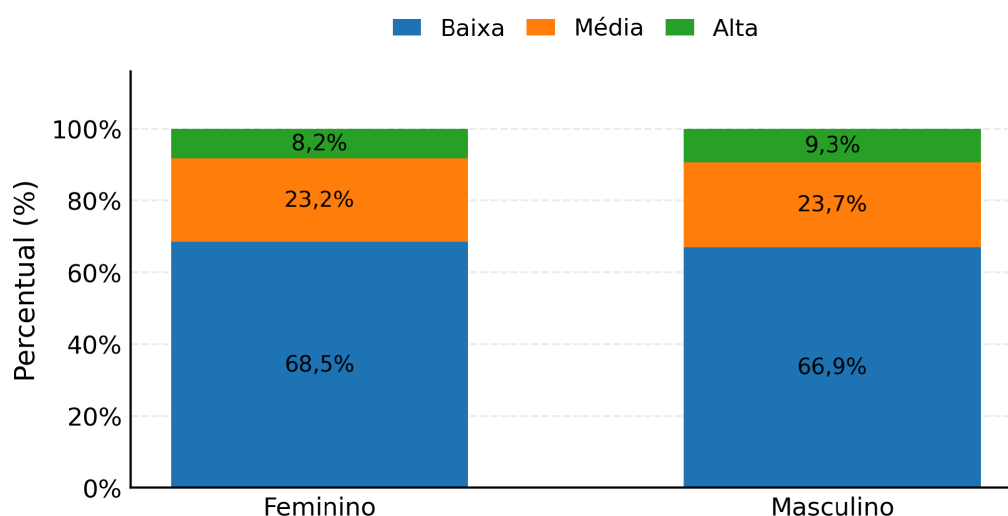
Tabela 10 – Intensidade da recidiva por sexo

Sexo	Baixa	Média	Alta	Total
Feminino	1.141 (68,5%)	387 (23,2%)	137 (8,2%)	1.665
Masculino	640 (66,9%)	227 (23,7%)	89 (9,3%)	956

Fonte: Elaborado pelo autor a partir da base de dados da pesquisa (2026).

Nota: Percentuais calculados dentro de cada sexo.

Gráfico 11 – Intensidade da recidiva por sexo



Fonte: Elaborado pelo autor a partir da base de dados da pesquisa (2026).

4.6.4 Intensidade da recidiva × faixa etária

No que se refere à faixa etária, houve maior concentração de usuários recorrentes entre 18 e 29 anos (914; 34,9%) e entre 30 e 39 anos (526; 20,1%). Em todas as faixas prevaleceu a baixa intensidade, mas a participação relativa da alta intensidade mostrou variações importantes.

As maiores proporções de alta intensidade foram observadas entre usuários de 30 a 39 anos (10,6%) e de 18 a 29 anos (9,7%). Em contrapartida, os percentuais foram menores nas extremidades etárias, como entre 0 e 17 anos (5,5%) e entre 60 anos ou mais (6,9%).

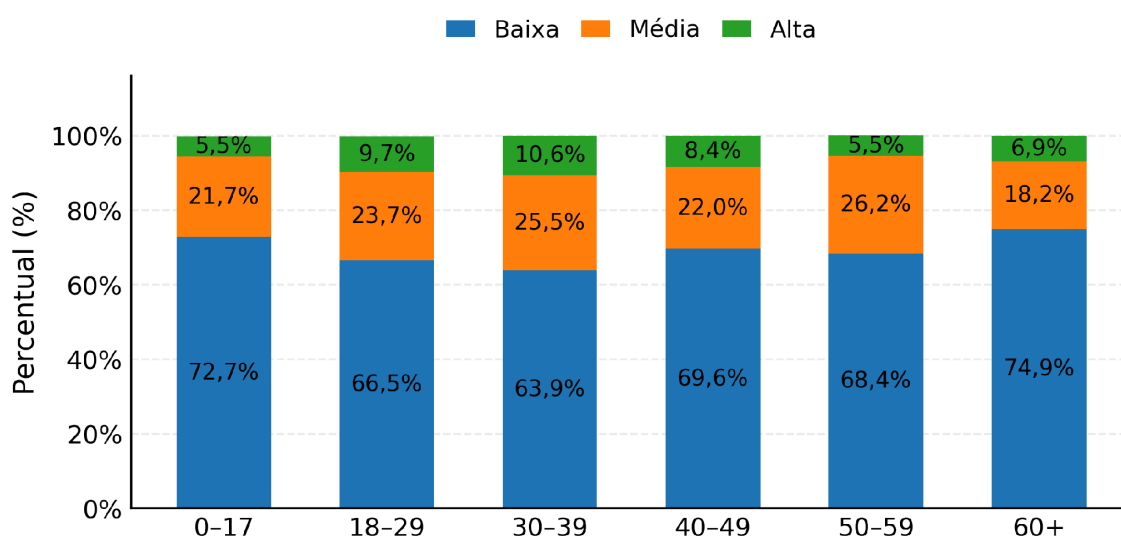
Tabela 11 – Intensidade da recidiva por faixa etária

Faixa etária	Baixa	Média	Alta	Total
0-17 anos	184 (72,7%)	55 (21,7%)	14 (5,5%)	253
18-29 anos	608 (66,5%)	217 (23,7%)	89 (9,7%)	914
30-39 anos	336 (63,9%)	134 (25,5%)	56 (10,6%)	526
40-49 anos	313 (69,6%)	99 (22,0%)	38 (8,4%)	450
50-59 anos	188 (68,4%)	72 (26,2%)	15 (5,5%)	275
60 anos ou mais	152 (74,9%)	37 (18,2%)	14 (6,9%)	203

Fonte: Elaborado pelo autor a partir da base de dados da pesquisa (2026).

Nota: Percentuais calculados dentro de cada faixa etária.

Gráfico 12 – Intensidade da recidiva por faixa etária



Fonte: Elaborado pelo autor a partir da base de dados da pesquisa (2026).

4.6.5 Circulação entre unidades × intensidade da recidiva

O cruzamento entre circulação entre unidades e intensidade da recidiva foi um dos achados mais expressivos da análise. Entre os usuários recorrentes, 1.581 (60,3%) circularam entre duas UPAs, 998 (38,1%) permaneceram concentrados em uma única unidade e 42 (1,6%) passaram por três UPAs diferentes no período.

Observa-se um gradiente importante: entre os usuários sem circulação, a alta intensidade correspondeu a 5,3%; entre aqueles que circularam entre duas UPAs, esse percentual subiu para 9,8%; e entre os que circularam por três unidades, a alta intensidade alcançou 42,9%. Esse último resultado deve ser interpretado com cautela devido ao pequeno número absoluto de casos, mas, ainda assim, o padrão

geral indica associação entre intensificação da recidiva e maior dispersão do percurso assistencial.

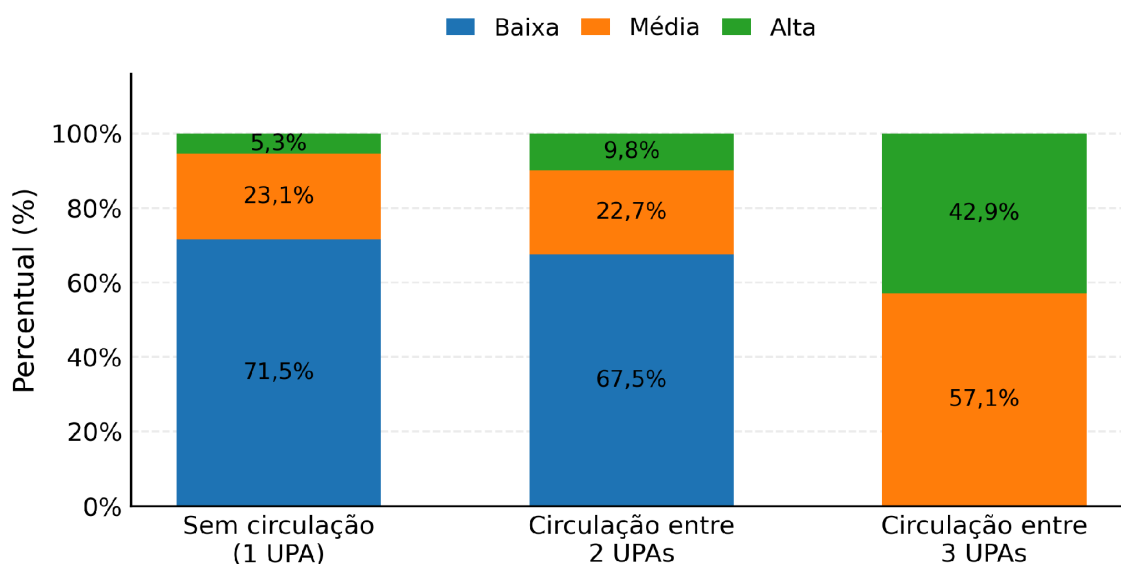
Tabela 12 – Circulação entre unidades e intensidade da recidiva

Circulação entre unidades	Baixa	Média	Alta	Total
Sem circulação (1 UPA)	714 (71,5%)	231 (23,1%)	53 (5,3%)	998
Circulação entre 2 UPAs	1.067 (67,5%)	359 (22,7%)	155 (9,8%)	1.581
Circulação entre 3 UPAs	0 (0,0%)	24 (57,1%)	18 (42,9%)	42

Fonte: Elaborado pelo autor a partir da base de dados da pesquisa (2026).

Nota: Percentuais calculados dentro de cada categoria de circulação.

Gráfico 13 – Circulação entre unidades e intensidade da recidiva



Fonte: Elaborado pelo autor a partir da base de dados da pesquisa (2026).

4.7 SÍNTESE ANALÍTICA DOS RESULTADOS

Tomados em conjunto, os resultados mostram que a recidiva nas UPAs não se distribui de modo homogêneo. Embora a baixa intensidade seja predominante, a maior intensidade tende a se concentrar relativamente mais em alguns perfis específicos.

No plano clínico, a alta intensidade apareceu proporcionalmente mais associada aos transtornos relacionados ao uso de outras substâncias, aos transtornos psicóticos e aos transtornos relacionados ao uso de álcool. No plano organizacional, destacou-se a UPA Santa Paula, que apresentou proporção relativamente maior de usuários em alta intensidade quando comparada às demais unidades predominantes.

No plano sociodemográfico, as diferenças por sexo foram modestas, mas os homens mostraram proporção ligeiramente superior de alta intensidade. Quanto à idade, a maior intensidade se concentrou sobretudo na vida adulta jovem e intermediária, especialmente entre 18 e 39 anos.

Por fim, o achado mais expressivo do capítulo foi a associação entre intensidade da recidiva e circulação entre unidades. Usuários que circularam por mais de uma UPA tendem a apresentar, proporcionalmente, maior concentração de trajetórias assistenciais mais reiteradas. Dessa forma, a análise quantitativa permite sustentar que o fenômeno da recidiva não deve ser lido apenas como repetição bruta de atendimentos. Há distintos graus de intensidade, e eles se articulam a perfis diagnósticos, etários e organizacionais específicos, o que oferece base empírica consistente para a discussão posterior sobre porta giratória, continuidade do cuidado e articulação entre urgência e atenção psicossocial.

A leitura consolidada dos resultados, porém, deve ser acompanhada de duas ressalvas metodológicas fundamentais, que serão desenvolvidas na discussão: a não comparabilidade plena entre os dois anos analisados, decorrente da inauguração da UPA Uvaranas em 2025; e a impossibilidade de distinguir, a partir do banco disponível, entre circulação assistencial como trajetória fragmentada e circulação como uso de nova oferta de serviços. Tais ressalvas não invalidam os achados, mas delimitam com precisão o alcance de sua interpretação.

Lidos à luz do mirante epistemológico de Desrosières (1998), esses padrões não devem ser tomados como reflexo imediato da realidade assistencial: eles resultam de convenções de classificação, recategorização diagnóstica e definições operacionais que precisam ser reconhecidas como parte constitutiva da própria construção do fenômeno. À luz de Merhy (2002) e Cecílio (2011), a concentração da recidiva em perfis específicos e sua associação à circulação entre unidades sugerem

que a repetição de passagens pela urgência não é apenas dado clínico individual, mas expressão de modos concretos de organização do cuidado no território.

5 DISCUSSÃO

5.1 RECIDIVA, INTENSIDADE E MANEJO DA CRISE EM SAÚDE MENTAL

Os resultados desta dissertação permitem afirmar que a recidiva de atendimentos em saúde mental nas Unidades de Pronto Atendimento do município de Ponta Grossa/PR não constitui fenômeno residual ou periférico. Embora a maior parte dos usuários tenha comparecido uma única vez aos serviços no período analisado, os usuários recorrentes concentraram parcela expressiva dos atendimentos do biênio, o que evidencia que a repetição de passagens pela urgência e emergência ocupa lugar relevante na dinâmica local do cuidado. Esse achado se torna ainda mais significativo quando a análise deixa de observar apenas o volume bruto de registros e passa a considerar o nível do usuário, a intensidade dos retornos e a temporalidade dos retornos em que eles se produzem.

Esse deslocamento analítico é central. A pesquisa mostrou que a recidiva não se distribui de maneira homogênea entre todos os usuários, mas se organiza em diferentes graus de intensidade. Predominaram os casos de baixa intensidade, isto é, usuários com dois atendimentos no período. Ainda assim, um contingente menor concentrou três, quatro, cinco ou mais passagens pelas UPAs, revelando que parte da demanda se expressa como uso mais intensivo e reiterado da atenção aguda. Essa constatação impede tanto a banalização da recidiva quanto sua inflamação interpretativa. Não se trata de sugerir que toda repetição corresponde automaticamente a situação grave, fracasso assistencial ou desorganização extrema, mas de reconhecer que há padrões distintos de retorno e que esses padrões possuem significado clínico, assistencial e institucional.

A incorporação da temporalidade dos retornos reforça essa leitura, ainda que com a necessária cautela metodológica. Ao demonstrar que parcela importante dos usuários recorrentes retornou em janelas muito curtas, sobretudo em 2025, os resultados indicam que a repetição de passagens pela urgência não se distribui apenas de modo diluído ao longo do tempo, mas frequentemente se concentra em intervalos próximos ao atendimento anterior. Em termos substantivos, isso pode sugerir que a urgência está sendo acionada, em vários casos, não apenas como resposta eventual a episódios descontínuos, mas como recurso reiterado em

trajetórias de sofrimento que permanecem ativas ou instáveis, em diálogo com a literatura que associa recorrência de atendimentos, manejo da crise e fragilidades na continuidade do cuidado em saúde mental (Zanardo et al., 2017; Lima; Guimarães, 2019; Sampaio; Bispo Junior, 2021). Contudo, não é possível descartar que parte do aumento de retornos muito precoces em 2025 decorra da inauguração da UPA Uvaranas: com um terceiro serviço disponível, usuários que buscaram uma unidade e retornaram a outra nos dias seguintes aparecem, no banco, como “retorno muito precoce”, mesmo que, para eles, tratava-se de primeira visita àquele serviço específico. Ambas as interpretações são plausíveis e não são mutuamente excludentes. O que os dados permitem afirmar com segurança é que, em 2025, a proximidade temporal entre atendimentos consecutivos aumentou expressivamente, independentemente da explicação de fundo.

A concentração de retornos em janelas curtas convida, ainda, a interrogar o desfecho do primeiro atendimento. Se parcela relevante das passagens poderia ser associada a crises ansiosas agudas, seria esperado que o seguimento ocorresse prioritariamente na Atenção Primária ou na rede psicossocial, e não em novo acionamento da urgência em poucos dias. O retorno precoce sugere, assim, que o episódio inicial nem sempre resulta em orientação suficiente, encaminhamento efetivo ou compreensão, por parte do usuário, sobre a natureza do que vivenciou. Estratégias de psicoeducação no próprio atendimento de urgência, articuladas a fluxos ativos de encaminhamento, poderiam reduzir a reapresentação precoce de parte desses casos, hipótese que estudos futuros, com acesso aos desfechos individuais, poderiam examinar.

Essa interpretação encontra sustentação na literatura sobre crise em saúde mental. Para Amarante (2015), a crise não deve ser reduzida à exacerbação sintomática isolada, pois ela envolve processos subjetivos, familiares, institucionais e territoriais. Dias, Fernandes e Ferigato (2020) caminham na mesma direção ao mostrar que a crise em saúde mental explicita tensões entre modos distintos de responder ao sofrimento, entre centralização e descentralização do cuidado, e entre manejo imediato e produção de continuidade. Delgado (2022), por sua vez, reforça que o cuidado em saúde mental precisa ser pensado no horizonte do cuidado em liberdade e da rede, o que implica compreender a crise não apenas como evento a

ser contido, mas como situação complexa que convoca diferentes dispositivos e responsabilidades.

Onocko-Campos (2019) também chama atenção para o fato de que a política de saúde mental permanece atravessada por disputas, incompletudes e tensões permanentes, o que impede qualquer leitura estabilizada da crise e de seu manejo. À luz desses autores, os achados desta pesquisa sugerem que a recidiva pode ser lida como uma das expressões empíricas dessas tensões: ela torna visível que determinados sofrimentos seguem encontrando na urgência uma resposta recorrente.

Essa leitura se torna ainda mais relevante quando se observa a composição clínica da demanda. A predominância dos transtornos ansiosos e relacionados ao estresse, tanto no conjunto dos usuários quanto entre os recorrentes, mostra que a atenção aguda em saúde mental no município não está restrita a quadros classicamente associados à psicose grave ou à necessidade imediata de hospitalização. Ao contrário, grande parte da demanda parece se organizar em torno de sofrimentos intensos, recorrentes e, em muitos casos, persistentes, que mobilizam a UPA como ponto de acolhimento, contenção provisória e decisão. Padilha et al. (2013), ao analisarem o perfil da demanda em emergência psiquiátrica, já indicavam a heterogeneidade clínica desses atendimentos, e Wasum et al. (2024) reforçam a complexidade do manejo da crise em serviços agudos, onde acolhimento, avaliação, proteção e encaminhamento se entrelaçam em contextos de forte incerteza.

Ao mesmo tempo, os resultados desta dissertação mostram que o peso quantitativo dos transtornos ansiosos e relacionados ao estresse não elimina a importância de outros grupos clínicos. Os transtornos psicóticos, os casos de autolesão/comportamento suicida e os transtornos relacionados ao uso de álcool e outras substâncias mantiveram presença relevante na base analisada. Mais do que isso, quando a análise se deslocou da frequência absoluta para a intensidade da recidiva, observou-se que a alta intensidade se mostrou relativamente mais expressiva em grupos como transtornos relacionados ao uso de outras substâncias, transtornos psicóticos e transtornos relacionados ao uso de álcool. Esse dado é importante porque mostra que o grupo mais numeroso não é, necessariamente, aquele em que a recorrência se torna mais intensa. Em outras palavras, volume de

demanda e intensidade do retorno são dimensões relacionadas, mas não equivalentes.

Desta forma, os resultados permitem sustentar que a recidiva nas UPAs constitui analisador importante do manejo local da crise em saúde mental. Ela evidencia que a urgência não acolhe um único tipo de sofrimento, nem responde a um único padrão de retorno. Ao contrário, a repetição de passagens aparece como fenômeno heterogêneo, atravessado por diferentes temporalidades, distintos perfis clínicos e variados graus de intensidade. Em vez de reduzir a crise à sua forma mais espetacular ou aguda, a análise sugere que a urgência se tornou, também, espaço de resposta a sofrimentos persistentes e reiterados que seguem encontrando na atenção aguda uma via concreta de cuidado.

5.2 PERFIS DE MAIOR INTENSIDADE DA RECIDIVA E HETEROGENEIDADE DO SOFRIMENTO PSÍQUICO

Um dos principais ganhos analíticos do capítulo anterior foi demonstrar que a recidiva não se distribui de forma indiferenciada. Ao contrário, ela se mostra mais intensa em alguns perfis específicos, o que amplia a compreensão do fenômeno e impede sua leitura abstrata. Em vez de tratar todos os usuários recorrentes como grupo homogêneo, a pesquisa permitiu observar que a intensidade da recidiva varia segundo diagnóstico predominante, unidade predominante, sexo, faixa etária e circulação entre unidades.

No plano diagnóstico, os resultados indicaram que, embora os transtornos ansiosos e relacionados ao estresse concentrem a maior parte dos usuários recorrentes em termos absolutos, a alta intensidade da recidiva se torna proporcionalmente mais expressiva em grupos como transtornos relacionados ao uso de outras substâncias, transtornos psicóticos e transtornos relacionados ao uso de álcool. Essa constatação exige leitura cuidadosa. Não se trata de naturalizar tais grupos como intrinsecamente 'mais reincidentes', tampouco de reduzir a intensidade do retorno a um atributo puramente clínico. O que os dados permitem afirmar é que, no contexto investigado, alguns perfis clínicos aparecem mais frequentemente associados a trajetórias de uso mais intensivo da urgência.

A literatura ajuda a qualificar essa interpretação. Amarante (2015) e Onocko-Campos (2019) insistem que o sofrimento psíquico não pode ser lido fora das mediações institucionais, relacionais e territoriais que o atravessam. Assim, quando a alta intensidade aparece mais fortemente em alguns grupos diagnósticos, isso não autoriza explicações naturalizadas ou essencialistas; antes, exige reconhecer que certos sofrimentos podem demandar respostas mais difíceis de sustentar no território, maior densidade de cuidado, articulação mais estreita da rede e intervenções menos episódicas. Os transtornos relacionados ao uso de substâncias e os quadros psicóticos são frequentemente associados, em estudos sobre reinternações e readmissões, a fatores como vulnerabilidade social, instabilidade habitacional, uso problemático de substâncias, dificuldade de adesão a tratamentos de longa duração e insuficiência de suporte familiar e comunitário (Zanardo et al., 2017; Mendonça; Giuliani; Pereira, 2023). Tais fatores, quando presentes, podem dificultar a conversão do episódio agudo em cuidado longitudinal estável, contribuindo para a recorrência das passagens pela urgência. É importante sublinhar, porém, que o banco de dados desta dissertação não contém variáveis sobre vulnerabilidade social, renda, situação habitacional ou adesão a serviços, o que impede que tais hipóteses sejam verificadas empiricamente a partir dos achados. O que se pode afirmar é que, no contexto investigado, os perfis diagnósticos mencionados aparecem associados a maior intensidade de uso da urgência, o que é compatível com a literatura, ainda que a explicação causal específica permaneça aberta. Nessa direção, a maior intensidade da recidiva pode funcionar como sinal indireto de maior complexidade do cuidado necessário, ainda que o banco não permita reconstruir integralmente os itinerários dos usuários.

No que se refere à faixa etária, a maior intensidade da recidiva se mostrou relativamente mais concentrada entre adultos jovens e adultos em idade intermediária, especialmente entre 18 e 29 anos e entre 30 e 39 anos. Esse dado também merece discussão. Ele sugere que a recorrência mais intensa não se localiza prioritariamente nem nas extremidades etárias, nem apenas em grupos etariamente mais associados, na imaginação social, à dependência de cuidados. Ao contrário, emerge com força em segmentos atravessados por demandas do trabalho, da vida afetiva, do uso de substâncias, de conflitos familiares e da pressão por autonomia e desempenho. Tal constatação reforça que a crise em saúde mental não

se reduz à exceção clínica, mas pode se inscrever na própria experiência ordinária da vida social contemporânea, aparecendo em sujeitos que, em tese, se encontram em etapas de maior exigência produtiva e relacional.

A diferença observada entre homens e mulheres também contribui para qualificar o fenômeno. Embora as mulheres tenham constituído a maioria dos usuários recorrentes em números absolutos, os homens apresentaram proporção discretamente superior de alta intensidade. Trata-se de diferença modesta e que não deve ser sobreinterpretada. Ainda assim, ela mostra que a distribuição geral da demanda não coincide automaticamente com a distribuição da recidiva intensa. Essa distinção é importante porque ajuda a evitar leituras lineares. A maior presença feminina no conjunto dos atendimentos e dos usuários não implica, por si só, que a forma mais intensa da recorrência também se concentre nelas. Mais uma vez, o estudo sugere que volume e intensidade precisam ser lidos como dimensões distintas do fenômeno.

No plano institucional, a comparação entre as unidades foi particularmente elucidativa. Embora a UPA Santana tenha concentrado o maior volume absoluto de usuários recorrentes, a UPA Santa Paula apresentou maior proporção relativa de usuários em alta intensidade. Esse resultado desloca a interpretação da recidiva de uma leitura centrada exclusivamente no usuário para outra, mais relacional, em que a posição ocupada pelas unidades na rede também importa. A maior intensidade relativa em Santa Paula pode decorrer de diferentes fatores, como territorialização da demanda, arranjos locais de fluxo, formas específicas de acesso ou reconhecimento do serviço como porta de entrada. O banco de dados não permite explicar causalmente esse padrão, mas torna visível que a recidiva não se distribui de forma neutra no interior da rede.

Essa leitura pode ser enriquecida a partir das contribuições de Merhy e Cecílio. Para Merhy (2002), o cuidado em saúde não se esgota em protocolos, normas ou procedimentos técnicos, sendo produzido no encontro concreto entre trabalhador, usuário e necessidade de saúde, no plano do chamado trabalho vivo em ato. Cecílio (2011), por sua vez, mostra que a gestão do cuidado envolve múltiplas dimensões e que a trajetória do usuário na rede não é mero reflexo do desenho formal dos serviços, mas resultado de articulações, disputas, disponibilidades e decisões concretas. À luz desses autores, a desigual distribuição da recidiva entre

as UPAs sugere que o fenômeno não pode ser lido apenas como atributo do caso clínico, mas também como expressão da forma concreta como o cuidado se organiza, se distribui e se torna acessível em cada ponto da rede.

Assim, a análise dos perfis de maior intensidade permite sustentar que a recidiva não constitui bloco homogêneo. Ela se distribui de forma desigual e acompanha clivagens clínicas, etárias, sexuais e organizacionais. Com isso, a dissertação avança em relação a leituras mais genéricas da recorrência e mostra que a repetição de atendimentos precisa ser pensada como fenômeno diferenciado, cuja inteligibilidade depende da articulação entre sofrimento psíquico, organização institucional e experiência concreta do cuidado.

5.3 CIRCULAÇÃO ENTRE UNIDADES, GESTÃO DO CUIDADO E CONTINUIDADE NA REDE LOCAL

Entre os achados do estudo, a circulação entre unidades se destaca como um dos mais expressivos e analiticamente fecundos. A pesquisa demonstrou que parcela majoritária dos usuários recorrentes circulou entre mais de uma UPA no biênio e que a alta intensidade da recidiva se mostrou proporcionalmente mais frequente justamente entre aqueles que acionaram duas ou três unidades diferentes. Esse padrão merece atenção especial porque desloca a análise da recidiva do simples retorno ao mesmo serviço para a observação de percursos dispersos no interior da rede de urgência, em sintonia com a leitura de Franco (2006) sobre o descompasso entre o desenho de rede pressuposto pela gestão e os fluxos efetivamente produzidos por usuários e trabalhadores.

Tal achado sugere que a repetição de atendimentos não pode ser compreendida apenas como sucessão de episódios clínicos isolados. É necessário, contudo, considerar explicações alternativas antes de interpretar a circulação como indicador de fragmentação do cuidado. A primeira é de natureza geográfica: usuários que residem em região de abrangência de uma UPA e trabalham ou frequentam área coberta por outra podem naturalmente buscar o serviço mais próximo no momento da crise, o que registraria como “circulação” no banco sem que isso implique, necessariamente, descoordenação assistencial. A segunda é de natureza estrutural e já mencionada ao longo da dissertação: a inauguração da UPA Uvaranas

em 2025 criou nova opção de serviço, ampliando a probabilidade de que atendimentos consecutivos ocorressem em unidades diferentes simplesmente pela maior disponibilidade de pontos de acesso.

O banco de dados não permite controlar diretamente nenhum desses fatores. Por essa razão, a circulação entre unidades deve ser lida como dado analiticamente relevante e empiricamente fundamentado, mas sua interpretação como evidência de fragmentação ou descoordenação permanece como hipótese plausível, e não como conclusão demonstrada.

Esse ponto se torna ainda mais relevante quando se observa que a ampliação da rede de urgência não necessariamente corresponde apenas à absorção de casos graves. Balanço divulgado sobre o primeiro mês de funcionamento da UPA Uvaranas informou que a unidade registrou 8.024 atendimentos até 7 de julho de 2025, com média de 236 pacientes por dia, e que 65% dos atendimentos foram classificados como de menor gravidade, nas cores verde e azul (INDSH, 2025). Embora se trate de dado institucional referente a uma unidade específica e a um período inicial de funcionamento, ele sugere que a expansão da oferta de urgência também pode ampliar ou reorganizar a entrada de demandas de baixa complexidade na rede.

Nesse sentido, a circulação entre UPAs precisa ser lida não apenas como possível efeito de descoordenação, mas também como expressão de uma rede em que a urgência se torna porta acessível para necessidades heterogêneas, inclusive aquelas que poderiam demandar respostas mais precoces, territoriais e longitudinalizadas em outros pontos da atenção (Cecílio, 2011; Lima; Guimarães, 2019).

Ainda assim, o fato de a circulação se associar de modo mais intenso aos casos de maior recorrência torna difícil tratá-la como dimensão secundária. Em alguns casos, o usuário não retorna apenas à mesma porta de entrada, mas percorre diferentes pontos da rede de urgência, o que pode indicar mobilidade territorial, diferentes estratégias familiares de busca por cuidado, variação de acesso ou dificuldade de estabilização e seguimento. O dado, por si só, não autoriza concluir automaticamente que há falha da rede, fragmentação incontornável ou descoordenação absoluta do cuidado. Contudo, no interior da base analisada, a associação entre circulação por mais de uma UPA e maior intensidade da recidiva

fortalece a hipótese de que parte dos usuários vivencia trajetórias assistenciais mais dispersas na rede local de urgência.

A essa dispersão no componente de urgência se soma a configuração do componente hospitalar. No município estudado, a retaguarda hospitalar em saúde mental envolve leitos especializados, cujo acesso é mediado pela regulação estadual. A própria instituição hospitalar de referência em saúde mental no município informa integrar a Central de Regulação de Leitos do Estado, enquanto a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná define o Complexo Regulador como responsável pela gestão da ocupação de leitos e pela regulação de internações hospitalares, incluindo fluxos específicos para leitos psiquiátricos (São Camilo Sul, [s.d.]; Paraná, [s.d.]). Assim, usuários em crise grave atendidos nas UPAs podem, conforme disponibilidade e critérios regulatórios, ser encaminhados para leitos que nem sempre coincidem com seu território cotidiano de vida e cuidado. Esse desenho interessa ao objeto desta pesquisa porque desloca o episódio agudo para uma escala regulatória que pode não coincidir plenamente com a rede local de seguimento. Nessa perspectiva, quanto maior a distância institucional entre a estabilização da crise, o retorno ao território e a retomada do acompanhamento pela rede extra-hospitalar, maior tende a ser o risco de que a UPA volte a ser acionada como recurso disponível diante da persistência ou reativação do sofrimento (Brasil, 2011; Lima; Guimarães, 2019).

Aqui, as contribuições de Cecílio (2011) se tornam especialmente relevantes. Ao discutir a gestão do cuidado, o autor mostra que o cuidado não se realiza apenas na existência formal dos serviços, mas na capacidade de articular trajetórias, produzir continuidade e sustentar respostas adequadas às necessidades concretas dos usuários. Em sua perspectiva, a rede real não coincide automaticamente com a rede desenhada em normas; ela se produz no uso, nos fluxos, nas decisões e nos encontros efetivos entre sujeitos e serviços. Assim, quando o estudo mostra que usuários de maior intensidade circulam mais entre unidades, isso pode ser lido como sinal de que a experiência concreta do cuidado está se organizando, ao menos em parte dos casos, mais pela repetição do acesso à urgência do que pela estabilização de trajetórias acompanhadas.

Merhy (2002) também ajuda a aprofundar essa discussão. Sua reflexão sobre o trabalho vivo em ato e sobre a micropolítica do cuidado mostra que os serviços de

saúde não funcionam apenas como dispositivos formais, mas como espaços de produção cotidiana de vínculos, acolhimento, decisões e tecnologias leves do cuidado. Nessa chave, o retorno reiterado à urgência pode ser lido como indicativo de que o encontro produzido nesses serviços, embora importante, tende a operar fortemente no plano do manejo do episódio, da contenção momentânea e da decisão imediata, sem que isso necessariamente se converta em continuidade. Em outros termos, a UPA pode estar conseguindo acolher e estabilizar provisoriamente, mas isso não significa, automaticamente, que o cuidado se reorganize de forma longitudinal após a passagem pelo serviço.

Essa interpretação dialoga diretamente com a literatura sobre Rede de Atenção Psicossocial. Quinderé, Jorge e Franco (2014) mostram que a articulação entre os diferentes pontos da rede ainda se apresenta como desafio importante no SUS. Lima e Guimarães (2019) reforçam que a continuidade do cuidado em saúde mental depende não apenas da existência de serviços, mas da efetiva conexão entre eles e da capacidade de corresponsabilização no território. Sampaio e Bispo Junior (2021) destacam, na mesma direção, que o cuidado em saúde mental exige rede viva, articulação permanente e deslocamento da centralidade do episódio agudo. Quando lidos à luz desses autores, os achados desta dissertação sugerem que a circulação entre unidades pode funcionar como indicador indireto de tensões na coordenação do cuidado, especialmente quando associada à alta intensidade da recidiva.

Pesquisa qualitativa recente sobre o manejo da crise nos CAPS III do Rio de Janeiro identificou a existência de dois fluxos distintos de acolhimento: um para usuários já vinculados à rede territorial, que nem sempre passam pela emergência, e outro para aqueles sem vínculo estabelecido, que tendem a acessar o sistema justamente pelos serviços agudos (Coutinho et al., 2024). Ainda que realizado em contexto assistencial distinto, esse achado oferece elemento de reflexão compatível com os dados desta dissertação: a possibilidade de que parte dos usuários que retornam reiteradamente à UPA não possua vínculo suficientemente sustentado com os serviços territoriais da RAPS, o que tornaria a urgência não apenas ponto de passagem, mas referência primária de cuidado para esses sujeitos.

Trata-se de hipótese interpretativa que o banco desta pesquisa não permite confirmar ou refutar diretamente, mas que dialoga com os achados e merece ser

investigada em estudos futuros que articulem dados de diferentes pontos da rede. Nessa direção, o fortalecimento do vínculo com os serviços territoriais pode constituir uma das vias mais promissoras para reduzir a centralidade reiterada da urgência para parte dos usuários.

É justamente aqui que Rotelli, Saraceno e Nicácio e Campos se tornam fundamentais. A tradição da desinstitucionalização, representada por Rotelli (1990), insiste que a transformação do cuidado em saúde mental não se reduz à substituição física de dispositivos, mas exige deslocamento da lógica institucional que captura o sofrimento em respostas repetitivas e pouco transformadoras. Saraceno (1999) reforça que o cuidado precisa produzir possibilidades de vida, inserção social e continuidade, e não apenas manejar episódios isolados.

Nicácio e Campos (2004), por sua vez, ao discutir o cuidado em liberdade, mostra que a desinstitucionalização não se resume ao fechamento do manicômio, mas envolve a construção cotidiana de práticas capazes de sustentar o sujeito no território. À luz desses referenciais, a repetição de passagens pela urgência, especialmente quando combinada à circulação entre unidades, pode ser interrogada como sinal de que a resposta ao sofrimento segue, em vários casos, fortemente ancorada no momento agudo, sem que isso necessariamente se traduza em cuidado longitudinal suficientemente sustentado.

Essa leitura não pretende imputar à urgência responsabilidade exclusiva por tais tensões. Ao contrário, reconhece que a UPA ocupa lugar específico e necessário no interior da rede, sendo chamada a acolher situações intensas, imprevisíveis e muitas vezes atravessadas por risco. O problema não é a existência da urgência nem sua utilização. O que os resultados tornam visível é outra coisa: para parte dos usuários, a urgência parece permanecer como ponto reiterado de cuidado, e essa reiteração se intensifica quando a trajetória envolve circulação entre diferentes unidades. Isso sugere que o episódio agudo, em vez de constituir apenas passagem transitória, pode estar assumindo posição relativamente central na experiência concreta do cuidado em saúde mental no município.

Desta forma, a circulação entre unidades amplia decisivamente a capacidade interpretativa da pesquisa. Ela mostra que a recidiva não diz respeito apenas à repetição de atendimentos, mas também a formas de percorrer a rede de urgência. Ao se articular com a maior intensidade, esse dado fortalece a hipótese de que parte

da recorrência pode expressar não apenas persistência do sofrimento, mas também dificuldade de coordenação do cuidado, fragmentação de trajetórias e centralidade da resposta aguda no interior da rede local.

A centralidade da urgência, contudo, não se explica apenas pela presença de situações graves ou de risco imediato. Estudos brasileiros sobre classificação de risco em Unidades de Pronto Atendimento e serviços de pronto atendimento mostram que parcela expressiva da demanda atendida nesses dispositivos é composta por casos pouco urgentes ou não urgentes. Em estudo realizado em uma UPA do interior do Paraná, Godoi et al. (2016) identificaram que, entre 500 atendimentos analisados, 49% foram classificados como urgência menor e 13,6% como não urgentes.

De modo semelhante, Antunes et al. (2025), em estudo sobre uma UPA 24h no sul do Brasil, identificaram predominância de casos classificados como pouco urgentes, correspondentes a 74,8% dos atendimentos analisados. Esses achados sugerem que a UPA, embora concebida como dispositivo de urgência e emergência, frequentemente absorve demandas heterogêneas, incluindo situações de menor gravidade clínica, o que tensiona sua articulação com a Atenção Primária à Saúde e com os demais pontos da rede.

No caso de Ponta Grossa, esse debate encontra ressonância em dado institucional divulgado sobre a UPA Uvaranas. Segundo balanço do INDSH (2025), a unidade registrou 8.024 atendimentos nos primeiros pouco mais de 30 dias de atividade, com média de 236 pacientes por dia, e 65% dos atendimentos foram avaliados como de menor gravidade, sinalizados nas cores verde e azul da classificação de risco. Esse dado não compõe a base analítica desta dissertação e se refere a uma unidade específica em seu período inicial de funcionamento; ainda assim, funciona como elemento contextual relevante para compreender que a expansão da rede de urgência pode também ampliar ou redistribuir demandas de menor gravidade, reforçando a necessidade de pactuação de fluxos, qualificação do acolhimento e fortalecimento da continuidade do cuidado.

Essa leitura não deve ser confundida com uma defesa de exclusão ou restrição de acesso à UPA. O Ministério da Saúde compreende o acolhimento com classificação de risco como ferramenta de organização do atendimento segundo gravidade, risco de agravamento e grau de sofrimento, e não como mecanismo de

diagnóstico prévio ou de exclusão. O protocolo de classificação de risco deve organizar e garantir o atendimento de todos, explicitando encaminhamentos e articulando a urgência com os demais pontos da rede. Assim, a presença de casos classificados como verde ou azul não indica inadequação automática da procura, mas aponta a necessidade de analisar os fluxos, a resolutividade da APS, a orientação aos usuários e a capacidade da rede de produzir respostas antes que o sofrimento se converta em demanda reiterada de urgência (BRASIL, 2009).

5.4 LIMITES INTERPRETATIVOS DOS DADOS INSTITUCIONAIS E APROXIMAÇÕES PRUDENTES COM O DEBATE SOBRE PORTA GIRATÓRIA

A robustez dos achados desta dissertação não elimina a necessidade de prudência analítica. Ao contrário, quanto mais expressivos os resultados, maior a importância de explicitar o estatuto do material empírico utilizado e os limites do que ele permite sustentar. O banco analisado é composto por registros administrativos e assistenciais produzidos no cotidiano dos serviços, e não por dados gerados originalmente para fins acadêmicos. Sua força está em tornar visíveis padrões relevantes de atendimento, recidiva, intensidade e circulação. Seu limite está em registrar apenas aquilo que se tornou classificável e legível no interior do sistema institucional.

É precisamente aqui que o mirante epistemológico de Desrosières (1998, 2008, 2011) se mostra decisivo. Ao problematizar a quantificação como processo apoiado em convenções classificatórias e decisões institucionais, o autor permite compreender que variáveis como recidiva, intensidade, grupo diagnóstico predominante, UPA predominante e circulação entre unidades não correspondem a realidades puras que se impõem diretamente ao pesquisador. Elas resultam de operações de seleção, equivalência, agrupamento e comparação metodologicamente construídas. Isso não enfraquece a análise; ao contrário, fortalece sua consistência, porque impede tratar os números como espelhos transparentes da realidade e exige explicitar as mediações que os tornaram possíveis.

No caso desta pesquisa, isso significa reconhecer que o fenômeno observado é a recidiva tal como pôde ser construída a partir dos registros administrativos

disponíveis. Os diagnósticos precisaram ser recategorizados para aumentar a legibilidade analítica do banco; a intensidade da recidiva foi definida por faixas construídas pela pesquisa; a temporalidade dos retornos resultou de regras específicas de cálculo; a circulação entre unidades foi derivada do número de UPAs acionadas pelo mesmo usuário. Assim, o estudo não opera sobre dado 'bruto', mas sobre dados produzidos institucionalmente e reorganizados cientificamente. Em termos desrosierianos, a quantificação aqui mobilizada dependeu de convenções necessárias para tornar o fenômeno comparável e inteligível.

Um limite adicional merece registro: o banco de dados não permite determinar com precisão se o crescimento no número de recidivantes observado em 2025 reflete, predominantemente, o retorno de usuários já atendidos em 2024, que intensificaram o uso dos serviços no segundo ano, ou a chegada de novos usuários ao sistema que, por razões distintas, também recidivaram dentro do mesmo ano. Essa distinção seria relevante para entender se o fenômeno se aprofunda em perfis preexistentes ou se se difunde para novos segmentos da população. Sem dados de identificação longitudinal mais robustos, que cruzassem os registros das UPAs com os de outros serviços da rede, essa questão permanece em aberto.

Essa reflexão é importante por pelo menos três razões. Primeiro, porque evita confundir número de registros com número de sujeitos, problema enfrentado metodologicamente ao longo da dissertação. Segundo, porque impede explicações causais apressadas: o fato de certos grupos concentrarem maior intensidade da recidiva não significa, por si só, que o diagnóstico, o sexo, a faixa etária ou a unidade sejam causas diretas do retorno. Terceiro, porque lembra que a própria visibilidade do fenômeno depende do modo como os serviços registram informações, classificam diagnósticos e organizam bases de dados. A prudência analítica, nesse sentido, não enfraquece os resultados; ela define com maior rigor o alcance de sua interpretação.

Esses limites são particularmente relevantes quando se aproxima o estudo do debate sobre porta giratória. A literatura sobre esse tema se consolidou, em grande medida, a partir de pesquisas sobre readmissões e reinternações psiquiátricas, frequentemente associadas a circuitos repetitivos de entrada, saída e reentrada em instituições hospitalares ou em dispositivos intensivos de cuidado. Zanardo et al. (2017, 2018) oferecem importante referência nesse campo ao discutir readmissões e

reinternações psiquiátricas e ao situar a circularidade assistencial como problema relevante da atenção em saúde mental. Contudo, o objeto empírico desta dissertação é outro. Aqui, investigam-se recidivas de atendimentos em saúde mental nas UPAs, e não reinternações psiquiátricas em sentido estrito.

Por essa razão, não seria metodologicamente adequado afirmar, de forma automática, que a recorrência observada configure, por si só, fenômeno clássico de porta giratória. O banco utilizado não permite reconstruir integralmente os itinerários dos usuários em CAPS, Atenção Primária, hospital geral, internação psiquiátrica ou outros pontos da rede. Tampouco oferece elementos suficientes para afirmar circuitos completos de reentrada institucional nos termos mais consolidados da literatura. A prudência exige, portanto, que a categoria porta giratória não seja tomada como definição prévia do fenômeno, mas como possibilidade interpretativa limitada e condicionada pelos achados disponíveis.

Estudos internacionais sobre readmissões em urgência e emergência em saúde mental, como os de Vigod et al. (2013) e Gandré et al. (2018), documentam padrões semelhantes de concentração de retornos em perfis específicos, ainda que em sistemas assistenciais distintos do brasileiro, o que reforça a relevância transversal do fenômeno.

Ainda assim, os resultados autorizam aproximações importantes com esse debate. A expressividade da recidiva, a concentração de parcela elevada dos atendimentos em usuários recorrentes, a presença de retornos muito precoces, a desigualdade da intensidade entre perfis clínicos e institucionais e, sobretudo, o peso da circulação entre unidades sugerem que a urgência ocupa lugar reiterado na trajetória de parte dos usuários. Isso não basta para afirmar a existência de porta giratória em sentido clássico, mas é suficiente para sustentar que há, no contexto estudado, importante circularidade assistencial em torno da atenção aguda.

A força analítica da dissertação está justamente em preservar essa distinção. Ao não inflacionar conceitualmente o objeto, o estudo mantém aderência empírica e rigor interpretativo. A categoria porta giratória pode dialogar com os achados, mas não os substitui. A recidiva observada nas UPAs deve ser compreendida, antes de tudo, em sua especificidade: como repetição de passagens por serviços de urgência e emergência em saúde mental, atravessada por diferentes intensidades, temporalidades, perfis clínicos e padrões de circulação. É a partir dessa descrição

que se torna possível, depois, aproximar os resultados de debates mais amplos sobre circularidade assistencial, centralidade da urgência e fragilidade da continuidade do cuidado.

Em síntese, os limites do banco e a reflexão epistemológica proposta por Desrosières não diminuem a potência da pesquisa. Ao contrário, qualificam-na. Eles permitem afirmar que os resultados são empiricamente relevantes, mas requerem leitura prudente, situada e teoricamente mediada. É exatamente essa combinação entre robustez descritiva e contenção interpretativa que torna possível sustentar, com rigor, uma discussão consistente sobre recidiva, rede local e centralidade da atenção aguda no manejo da crise em saúde mental.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

6.1 SÍNTESE DOS PRINCIPAIS ACHADOS

A presente dissertação teve como objetivo investigar as recidivas de atendimentos em saúde mental nas Unidades de Pronto Atendimento do município de Ponta Grossa/PR, nos anos de 2024 e 2025, buscando compreender como esses atendimentos se distribuem no interior da rede de urgência, quais perfis de usuários se tornam mais visíveis na base analisada e em que medida a recorrência pode ser interpretada à luz do manejo da crise, da continuidade do cuidado e da organização local da Rede de Atenção Psicossocial.

Os resultados permitiram confirmar, em primeiro lugar, que a recidiva constitui fenômeno empiricamente relevante e que não pode ser tratada como ocorrência marginal. Embora os usuários recorrentes representem parcela minoritária do total de usuários, eles concentraram parte expressiva dos atendimentos do biênio, o que evidencia que a urgência em saúde mental é mobilizada reiteradamente por determinados sujeitos. Ao distinguir registros de usuários e ao tratar a recidiva no nível da trajetória do sujeito, a dissertação evitou confundir volume assistencial com número de pessoas que retornam ao serviço, produzindo leitura mais rigorosa do fenômeno.

Essa distinção é particularmente importante diante do crescimento expressivo observado no número de recidivantes entre 2024 e 2025, de 700 para 1.807 usuários com recidiva anual. Tal crescimento pode refletir o aumento do número de pessoas que passaram a recidivar no segundo ano, a intensificação do uso por parte de quem já recidivava, ou a combinação de ambos. A inauguração da UPA Uvaranas em junho de 2025 introduz, ademais, um fator estrutural que não pode ser dissociado da análise: a ampliação da oferta de serviços afeta tanto o volume de atendimentos quanto os padrões de circulação e recidiva registrados. O banco de dados não permite decompor com precisão a contribuição de cada um desses fatores para os resultados de 2025, razão pela qual o crescimento ano a ano deve ser lido como dado descritivo, não como tendência epidemiológica definitiva.

A análise mostrou, ainda, que a recidiva não se distribui de forma homogênea. A incorporação da intensidade da recidiva permitiu identificar diferentes graus de

repetição de atendimentos, enquanto a análise da temporalidade dos retornos evidenciou que parcela importante dos usuários recorrentes retornou em janelas curtas, sobretudo em 2025. Isso sugere que, para parte dos usuários, a urgência não opera apenas como resposta eventual ao sofrimento psíquico, mas como recurso reiterado em trajetórias marcadas por persistência da crise, instabilidade clínica, fragilidade de seguimento ou centralidade prática da atenção aguda.

No plano clínico, a recategorização dos diagnósticos em grupos analíticos ampliou a legibilidade da base e permitiu identificar a forte predominância dos transtornos ansiosos e relacionados ao estresse, ao lado da presença importante de transtornos psicóticos, autolesão/comportamento suicida e transtornos relacionados ao uso de álcool e outras substâncias. Mais do que isso, os resultados mostraram que a alta intensidade da recidiva se tornou proporcionalmente mais expressiva em alguns grupos que não eram os mais numerosos, especialmente entre usuários com transtornos relacionados ao uso de outras substâncias, quadros psicóticos e transtornos relacionados ao uso de álcool. No plano sociodemográfico e institucional, a pesquisa indicou distribuição desigual da recidiva segundo sexo, faixa etária, unidade e circulação entre serviços, reforçando que a recorrência não ocorre ao acaso, mas se articula a perfis e trajetórias específicos.

A observação da circulação entre unidades acrescentou um dos achados mais importantes da pesquisa. A maior intensidade da recidiva se mostrou relativamente mais presente entre usuários que acionaram diferentes UPAs ao longo do período, o que sugere que a repetição de atendimentos não se expressa apenas como retorno ao mesmo serviço, mas também como circulação assistencial no interior da rede de urgência. À luz de Cecílio (2011) e Merhy (2002), esse dado permite interrogar a continuidade do cuidado, a coordenação entre serviços e a persistência da urgência como resposta central para parte dos usuários.

6.2 CONTRIBUIÇÕES DA PESQUISA E IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO MUNICIPAL

Entre as contribuições desta dissertação, destaca-se, em primeiro lugar, a produção de diagnóstico empírico consistente e atualizado sobre as recidivas de atendimentos em saúde mental na rede de urgência de Ponta Grossa/PR. Ao

trabalhar com base documental robusta e recente, o estudo tornou visíveis padrões que, embora presentes no cotidiano assistencial, nem sempre aparecem com clareza na rotina dos serviços. Em segundo lugar, a pesquisa ofereceu contribuição metodológica relevante ao demonstrar a importância de distinguir registros e usuários, de incorporar categorias de intensidade, de qualificar a temporalidade dos retornos, de observar a circulação entre unidades como dimensão analítica própria e de reconhecer, em chave desrosieriana, que variáveis como recidiva, intensidade, grupo diagnóstico predominante e circulação entre serviços são construções analíticas apoiadas em classificações e convenções explicitadas pela própria pesquisa (Desrosières, 1998).

No plano teórico, a dissertação contribui ao articular o debate sobre crise, urgência e emergência, continuidade do cuidado, cuidado em liberdade, gestão do cuidado e micropolítica do trabalho em saúde. Em lugar de tratar a recidiva como simples repetição quantitativa de episódios, o estudo a situou como fenômeno atravessado por intensidades, temporalidades, perfis clínicos e formas concretas de circulação na rede. Com isso, a análise mostrou que a repetição de passagens pela UPA pode ser lida como analisador do manejo local da crise e dos limites da articulação entre atenção aguda e acompanhamento territorial (Amarante, 2015; Quinderé; Jorge; Franco, 2014; Merhy, 2002; Cecílio, 2011).

As implicações práticas para a gestão municipal da atenção em saúde mental que decorrem desses achados podem ser organizadas em quatro planos, que se articulam progressivamente: do mais imediato e operacional ao mais estrutural e reorganizativo.

A primeira implicação, e também a mais imediata, diz respeito ao monitoramento da recidiva como prática de gestão incorporada à rotina das UPAs e da Secretaria Municipal de Saúde. Os achados desta pesquisa mostram que é possível, a partir dos dados já produzidos pelo sistema institucional, identificar os usuários recorrentes, classificar a intensidade de seus retornos, mapear a temporalidade dos intervalos e observar a circulação entre unidades. Nenhum desses indicadores exige nova coleta de dados ou investimento adicional em infraestrutura de informação, exigem, sim, outra orientação analítica sobre os dados já disponíveis. Em termos concretos, a gestão municipal poderia estabelecer monitoramento periódico (semestral ou anual) dos indicadores construídos nesta

dissertação, com identificação nominal, e protegida pelo sigilo, dos usuários de alta intensidade, para fins de discussão de caso e articulação inter serviços. O modelo construído nesta pesquisa pode, portanto, funcionar como protótipo replicável de instrumento de vigilância local da crise em saúde mental (Desrosières, 1998; Cecílio, 2011).

A segunda implicação, que decorre diretamente do primeiro plano, refere-se ao manejo do sofrimento mental comum, especialmente dos transtornos ansiosos e relacionados ao estresse. Uma vez identificado que esse grupo concentra a maior parte dos usuários recorrentes, os resultados sugerem a necessidade de ampliar estratégias de prevenção, acolhimento, acompanhamento longitudinal e apoio matricial em saúde mental na Atenção Primária à Saúde. Isso pode envolver fortalecimento das equipes no manejo clínico e psicossocial desses casos, ampliação de grupos, uso mais sistemático de projeto terapêutico singular, pactuação de fluxos entre APS e atenção especializada e maior integração entre profissionais da rede. Não se trata de deslocar administrativamente os usuários para fora da urgência, mas de produzir condições concretas para que parte dessa demanda encontre resposta mais precoce, contínua e territorializada antes que a UPA se torne sua principal referência de cuidado (Amarante, 2015; Lima; Guimarães, 2019; Sampaio; Bispo Junior, 2021).

A terceira implicação avança para um plano mais diferenciado e exige respostas específicas conforme o perfil diagnóstico predominante. Os resultados sugerem que os quadros ansiosos recorrentes pedem fortalecimento do manejo longitudinal na APS e na RAPS; os quadros psicóticos requerem maior articulação com os CAPS e seguimento intensivo quando necessário; os casos relacionados ao uso de álcool e outras substâncias indicam a importância de fortalecer o cuidado em rede com CAPS AD, estratégias de redução de danos e projeto terapêutico singular; e as situações de autolesão e comportamento suicida exigem seguimento pós-crise estruturado, proteção e pactuação clara de responsabilidades entre os pontos da rede. Esse uso diferenciado dos dados pode qualificar a gestão ao substituir respostas homogêneas por intervenções mais aderentes às necessidades concretas dos usuários, reconhecendo que sofrimentos distintos demandam arranjos distintos de cuidado (Dias; Fernandes; Ferigato, 2020; Delgado, 2022).

A quarta implicação é a mais estrutural e diz respeito especificamente aos 226 usuários identificados nesta pesquisa como de alta intensidade (cinco ou mais atendimentos no biênio) e aos 42 que circularam entre três UPAs diferentes. Esses dois subgrupos, que se sobrepõem parcialmente, conforme mostrado na Tabela 12, concentram as trajetórias de maior repetição e maior dispersão no interior da rede de urgência. São também os casos para os quais a simples oferta de mais serviços é, provavelmente, insuficiente.

Para esse contingente, a gestão municipal poderia experimentar dispositivos de discussão de caso interserviços (entre UPA, CAPS, CAPS AD e APS), construção de projeto terapêutico singular com responsabilização explícita por ponto de atenção, e comunicação estruturada, por exemplo, por meio de prontuário compartilhado ou de contato ativo entre profissionais após episódio de urgência. Não se trata de proposta nova na literatura da saúde mental, mas de aplicação concreta, sustentada pelos achados desta pesquisa, ao contexto específico de Ponta Grossa/PR (Merhy, 2002; Cecílio, 2011; Sampaio; Bispo Junior, 2021).

Em síntese, as contribuições para a gestão municipal derivadas desta pesquisa não se resumem à recomendação genérica de ampliar a rede. Elas apontam, de forma escalonada, para a necessidade de qualificar o monitoramento local, fortalecer o cuidado em saúde mental na APS, construir respostas diferenciadas segundo o perfil diagnóstico, aprimorar a articulação entre urgência e atenção psicossocial especializada e desenvolver estratégias específicas para usuários de maior intensidade.

Ao avançar progressivamente do mais operacional ao mais estrutural, essa agenda reconhece que mudanças sustentáveis na rede não se produzem por decreto nem por uma única intervenção isolada, mas pela acumulação de transformações articuladas em diferentes planos do cuidado. Ao fazê-lo, a gestão municipal pode reduzir a centralidade reiterada da urgência para parte dos usuários e aproximar a rede do horizonte de continuidade, integralidade e cuidado em liberdade que orienta a Reforma Psiquiátrica Brasileira (Nícácio; Campos, 2004; Sampaio; Bispo Junior, 2021).

No plano local, cabe registrar que, em 2025, o Conselho Municipal de Saúde aprovou a criação de uma Unidade de Estabilização Psiquiátrica no município, com funcionamento ininterrupto e previsão inicial de 20 leitos de curta permanência

(Pimentel, 2025). Essa iniciativa se insere em um movimento mais amplo de reorganização das respostas municipais à crise em saúde mental, como sugere a inauguração, em Ribeirão Preto, de um Pronto Atendimento de Saúde Mental 24 horas, com demanda espontânea, equipe multiprofissional e leitos de observação e urgência, anunciado pela gestão municipal como serviço especializado para situações de crise psiquiátrica (Ribeirão Preto, 2026).

A iniciativa parte do reconhecimento, convergente com os achados desta pesquisa, de que a crise em saúde mental ocupa lugar expressivo na rede de urgência. Sua implementação, contudo, merece acompanhamento crítico à luz dos princípios da Reforma Psiquiátrica: a criação de um ponto de atenção exclusivo para a crise psiquiátrica pode qualificar o manejo, mas também pode reeditar lógicas de segregação do cuidado, deslocando para um serviço específico demandas que as UPAs, com equipes qualificadas, e a rede psicossocial, com seguimento territorial, deveriam ser capazes de sustentar. Os dados desta dissertação sugerem que parte relevante do problema não está na ausência de portas de urgência, mas na fragilidade da continuidade do cuidado após o episódio agudo, dimensão que a simples adição de um novo serviço não resolve por si.

6.3 LIMITES DO ESTUDO E PERSPECTIVAS FUTURAS

Entre os limites desta pesquisa, destaca-se, em primeiro lugar, a assimetria estrutural entre os dois anos analisados. A inauguração da UPA Uvaranas em junho de 2025 alterou a configuração da rede de urgência municipal no segundo ano do estudo, ampliando o número de serviços disponíveis e, conseqüentemente, a probabilidade de atendimentos em unidades distintas por um mesmo usuário. Isso significa que o crescimento observado no número de recidivantes, nos retornos muito precoces e na circulação entre unidades em 2025 não pode ser interpretado exclusivamente como mudança epidemiológica, clínica ou assistencial. Parte dessas variações pode decorrer da própria expansão da oferta de serviços. Estudos futuros que analisem períodos posteriores à plena estabilização da UPA Uvaranas, com série histórica mais longa, poderão distinguir com maior precisão os efeitos estruturais da expansão da rede dos padrões efetivos de recidiva.

Cumpra observar, contudo, que essa mesma assimetria comporta leitura positiva: a abertura da UPA Uvaranas representou a ampliação concreta dos pontos de atenção à crise no território, e os 1.517 atendimentos de saúde mental absorvidos pela unidade em seus primeiros meses indicam que o novo serviço encontrou demanda efetiva. O que constitui limite para a comparação estatística entre os anos constitui, do ponto de vista assistencial, expansão do acesso.

Outro limite importante diz respeito ao próprio banco de dados utilizado. A base analisada não permite reconstruir integralmente os itinerários dos usuários em outros pontos da rede, tampouco acessar com profundidade informações sobre hospitalização, seguimento longitudinal, vínculo territorial ou desfechos posteriores ao atendimento na UPA. Além disso, trata-se de base produzida originalmente para fins assistenciais e administrativos, e não de pesquisa. Tais limites, contudo, não invalidam os achados. Antes, definem com maior precisão o alcance das conclusões e reforçam a necessidade de prudência interpretativa, especialmente diante de fenômenos complexos como recidiva, crise e continuidade do cuidado.

Registre-se, ainda, que a base analisada não contém informação consolidada sobre o município de residência dos usuários, o que impede distinguir atendimentos de munícipes e de pessoas provenientes de outras localidades. Por essa razão, a dissertação não atribui aos achados qualquer leitura de abrangência regional, restringindo as interpretações ao funcionamento da rede de urgência situada no território municipal.

Mais um limite da pesquisa se refere à circunscrição da base aos atendimentos registrados nas UPAs da rede pública municipal. A análise não contempla atendimentos realizados na rede privada ou suplementar de saúde, embora esse setor também componha o cenário assistencial local. Segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar, a taxa de cobertura de planos privados de assistência médica em Ponta Grossa/PR era de 28,3% em abril de 2026. Esse indicador, contudo, deve ser interpretado com cautela: a taxa de cobertura expressa a proporção de vínculos de beneficiários de planos privados em relação à população residente, e não o percentual de atendimentos particulares ou suplementares efetivamente realizados no município. Assim, os resultados desta dissertação devem ser compreendidos como expressão da demanda registrada na rede pública

municipal de urgência e emergência, e não como retrato integral de todos os atendimentos em saúde mental ocorridos no território (ANS, 2026).

No que se refere ao debate sobre porta giratória, considera-se que a opção de não adotar essa categoria como definição prévia do objeto se mostrou acertada. Os resultados autorizam aproximações prudentes com tal debate, sobretudo em razão da expressividade da recidiva, da presença de retornos muito precoces e da circulação entre unidades. Contudo, o banco utilizado não permite afirmar, de modo conclusivo, circuitos completos de reinternação ou reentrada institucional nos termos clássicos da literatura. Assim, a porta giratória permaneceu, nesta dissertação, como hipótese interpretativa possível e limitada, e não como pressuposto metodológico, em consonância com a cautela sugerida por estudos como os de Zanardo et al. (2017, 2018).

Frente a isso, considera-se pertinente que estudos futuros avancem em pelo menos quatro direções. A primeira consiste em ampliar a articulação entre dados da urgência, CAPS, Atenção Primária e atenção hospitalar, de modo a permitir leitura mais abrangente dos itinerários assistenciais. A segunda se refere ao aprofundamento qualitativo das trajetórias de usuários recorrentes, para compreender como tais sujeitos significam sua circulação pela rede e o lugar ocupado pela urgência em sua experiência de cuidado. A terceira diz respeito ao aperfeiçoamento de indicadores locais de monitoramento da crise em saúde mental, capazes de captar com maior sensibilidade intensidade da recidiva, temporalidade dos retornos e circulação entre serviços. A quarta envolve análise mais detalhada das mediações organizacionais e institucionais que ajudam a explicar a desigual distribuição da recidiva entre unidades e perfis de usuários.

6.4 FECHAMENTO

É justamente por isso que o fechamento desta pesquisa remete novamente à Reforma Psiquiátrica Brasileira, não como lembrança retórica de um passado progressista, mas como exigência política ainda não plenamente realizada. O problema revelado pelos dados não é apenas o de que determinados usuários retornam muitas vezes à UPA. O problema mais profundo é que, quando a rede falha em produzir continuidade do cuidado, densidade territorial, responsabilização

compartilhada e acompanhamento efetivo, a crise deixa de ser acolhida em sua complexidade e passa a ser sucessivamente administrada em sua superfície (Amarante, 2015; Delgado, 2022).

Contudo, seria equivocado atribuir esse impasse à Reforma Psiquiátrica em si. Ao contrário, os achados desta dissertação mostram o quanto ela segue necessária. Se a recidiva se torna expressiva, se a urgência permanece como resposta reiterada para parte dos usuários e se o circuito da crise se repete sem conversão efetiva em cuidado contínuo, isso não revela a inutilidade da Reforma, mas a insuficiência de sua concretização histórica. Revela, em outras palavras, o peso das disputas que atravessam a política de saúde mental, das descontinuidades institucionais, da fragilidade de articulação da rede e da permanência de racionalidades que, mesmo fora do manicômio clássico, seguem organizando o sofrimento em lógicas de contenção, fragmentação e resposta episódica (Onocko-Campos, 2019; Nicácio; Campos, 2004).

Cabe reconhecer, nesse ponto, que a afirmação de que a recidiva constitui sintoma político é uma interpretação de segundo grau, não um dado diretamente extraível do banco analisado. O que o banco permite afirmar é que determinados usuários retornam reiteradamente à urgência, com padrões de intensidade e circulação específicos. A leitura desse fenômeno como sintoma de uma política de saúde mental inconclusa, como expressão de disputas entre modelos de cuidado e como evidência de que as racionalidades manicomiais reaparecem em formas contemporâneas, essa leitura é uma interpretação teoricamente sustentada pela literatura mobilizada neste trabalho (Amarante, 2015; Rotelli, 1990; Onocko-Campos, 2019), mas não pode ser reivindicada como conclusão empírica direta da análise. O argumento desta dissertação é que os dados são compatíveis com essa leitura e que ela é a mais coerente com o conjunto do referencial adotado, não que ela seja a única possível ou que esteja demonstrada pela estatística descritiva.

Lidos em perspectiva conjuntural, os resultados sugerem que a política de saúde mental continua tensionada por projetos distintos de cuidado. O horizonte psicossocial afirma território, vínculo, liberdade e continuidade. Já a prática concreta dos serviços, em contextos marcados por limites organizacionais, assimetrias de acesso, fragilidade da rede e respostas centradas no agudo, frequentemente empurra o sofrimento para circuitos reiterados de urgência. Nesse movimento, o

risco não é apenas o retorno explícito ao manicômio em sua forma histórica mais reconhecível. O risco é a recomposição difusa de lógicas manicomiais em circuitos aparentemente mais modernos, porém ainda incapazes de sustentar, no cotidiano, cuidado longitudinal, responsabilização compartilhada e produção de autonomia (Rotelli, 1990; Saraceno, 1999; Merhy, 2002; Cecílio, 2011).

É nesse ponto que a crítica desta dissertação pretende incidir com mais força. A Reforma Psiquiátrica não pode ser reduzida à simples desospitalização, à redistribuição administrativa dos atendimentos ou à substituição nominal de dispositivos. Se o cuidado em liberdade não se traduz em rede viva, acompanhamento territorial, vínculos sustentados e capacidade concreta de tirar o sujeito do circuito reiterado da crise, então se corre o risco de preservar o sofrimento em circulação, mudando a forma institucional de sua administração, mas não sua lógica profunda. A repetição de passagens pela urgência, especialmente quando intensa e acompanhada de circulação entre unidades, torna visível exatamente esse ponto: não basta que o manicômio tenha perdido seus muros mais evidentes, se suas racionalidades podem reaparecer na fragmentação do cuidado, na serialização da crise e na incapacidade de produzir saídas reais para além do episódio agudo.

É, portanto, nesse sentido que esta dissertação se encerra. A recidiva nas UPAs não é apenas um indicador assistencial, nem somente um dado de gestão. Ela é também um sintoma político. Ela alerta para o fato de que a Reforma Psiquiátrica Brasileira permanece indispensável, mas ainda inconclusa. E alerta, sobretudo, para a necessidade de defendê-la não apenas no plano normativo ou discursivo, mas no terreno concreto em que ela verdadeiramente se decide: o da organização da rede, da produção cotidiana do cuidado e da capacidade de sustentar, para cada sujeito, uma experiência efetiva de cuidado em liberdade.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 5. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

ANS. **ANS TabNet: informações em saúde suplementar: taxa de cobertura de planos de saúde: assistência médica segundo município: Ponta Grossa/PR, abr. 2026**. Rio de Janeiro: ANS, 2026. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/anstabnet/>. Acesso em: 14 jun. 2026.

ANTUNES, Andrei Pompeu; MACHADO, Karine de Freitas Cáceres; RODRIGUES, Cristina dos Santos de Freitas; ZAMBERLAN, Claudia. Perfil dos atendimentos na Classificação de Risco de uma Unidade de Pronto-Atendimento 24h. **Research, Society and Development**, v. 14, n. 3, e1014348350, 2025. DOI: 10.33448/rsd-v14i3.48350. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/download/48350/38023/496653>. Acesso em: 14 jun. 2026.

BARBOSA, Joana Fonseca; MARQUES, João Gama. The revolving door phenomenon in severe psychiatric disorders: a systematic review. **International Journal of Social Psychiatry**, v. 69, n. 5, p. 1075-1089, 2023. DOI: 10.1177/00207640221143282. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/00207640221143282>. Acesso em: 21 jun. 2026.

BAREMBLITT, Gregorio F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. 5. ed. Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari, 2002.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 9 abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 56 p. Série B. Textos Básicos de Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf. Acesso em: 14 jun. 2026.

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 Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 26 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **UPA 24h**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s. d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/u/upa-24h>. Acesso em: 13 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 10, de 3 de janeiro de 2017**. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html. Acesso em: 21 jun. 2026.

BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018**. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 15 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **Transtorno do pânico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/transtorno-do-panico/>. Acesso em: 21 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS: esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019b. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cuidados_prevencao_drogas/obid/legislacao/nota_saudemental.pdf. Acesso em: 21 jun. 2026.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 738, de 7 de novembro de 2024**. Dispõe sobre o uso de bancos de dados com finalidade de pesquisa científica envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 22 jan. 2025. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2025/res_0738_22_01_2025.html. Acesso em: 21 jun. 2026.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 589-599, abr./jun. 2011.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, 2012.

CELLARD, André. A análise documental. In: POUPART, Jean et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 295-316.

CNPq. **Diretrizes de integridade na pesquisa apoiada pelo CNPq**. Brasília, DF: CNPq, 2016. Atualizado em: 13 mar. 2026. Disponível em: <https://www.gov.br/cnpq/pt-br/composicao/comissao-de-integridade/diretrizes>. Acesso em: 21 jun. 2026.

CNPq. **CNPq institui Política de Integridade na Atividade Científica, que estabelece normas e boas práticas de atuação**. Brasília, DF: CNPq, 11 mar. 2026. Disponível em: <https://www.gov.br/cnpq/pt-br/assuntos/noticias/cnpq-em-acao/cnpq-publica-portaria-que-institui-politica-de-integridade-na-atividade-cientifica>. Acesso em: 21 jun. 2026.

COUTINHO, Maria Fernanda Cruz et al. O percurso pela atenção à crise em saúde mental na cidade do Rio de Janeiro. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 33, n. 1, e230060pt, 2024.

DELGADO, Pedro Gabriel. Saúde mental e atenção psicossocial no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 5-10, 2022.

DESROSIÈRES, Alain. **La politique des grands nombres: histoire de la raison statistique**. Paris: La Découverte, 1993.

DESROSIÈRES, Alain. **The politics of large numbers: a history of statistical reasoning**. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1998.

DESROSIÈRES, Alain. **Pour une sociologie historique de la quantification: l'argument statistique I**. Paris: Presses de l'École des Mines, 2008.

DESROSIÈRES, Alain. The economics of convention and statistics: the paradox of origins. **Historical Social Research**, Köln, v. 36, n. 4, p. 64-81, 2011.

DIAS, Marcelo Kimati; FERNANDES, Amanda Dourado Souza Akahosi; FERIGATO, Sabrina Helena. Atenção à crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 595-602, 2020.

DIAZ-BONE, Rainer. Convention theory, classification and quantification. **Historical Social Research**, Köln, v. 41, n. 2, p. 48-71, 2016.

FERREIRA, Norma Sandra de Almeida. As pesquisas denominadas “estado da arte”. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 23, n. 79, p. 257-272, 2002.

FRANCO, Túlio Batista. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO, 2006.

GANDRÉ, Coralie et al. Readmission to inpatient psychiatric care in France: how the type and number of prior admissions affect risk. **Psychiatric Services**, Washington, v. 69, n. 9, p. 1000-1009, 2018.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GODOI, Vanessa Carolina Grigini; GANASSIN, Gabriela Schiavon; INOUE, Kelly Cristina; GIL, Nelly Lopes de Moraes. Acolhimento com classificação de risco: caracterização da demanda em unidade de pronto atendimento. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 21, n. 3, p. 1-8, jul./set. 2016. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/10/2182/44664-186754-1-pb.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2026.

IBGE. **Estimativas da população residente para os municípios e para as unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2025**. Rio de Janeiro: IBGE, 2025. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2025/estimativa_dou_2025.pdf. Acesso em: 28 fev. 2026.

INDSH. **UPA Santana completa dois anos, com busca de qualificação internacional**. [S. l.]: INDSH, 2023. Disponível em: <https://www.indsh.org.br/upa-santana-completa-dois-anos/>. Acesso em: 13 abr. 2026.

INDSH. **UPA Uvaranas registra oito mil atendimentos em primeiro mês de atividade**. [S. l.]: INDSH, 2025. Disponível em: <https://www.indsh.org.br/upa-uvaranas-registra-oito-mil-atendimentos-em-primeiro-mes-de-atividade/>. Acesso em: 14 jun. 2026.

IPPOLITO, Lucia. Pelotas implanta SAMU para atendimento em saúde mental. **Prefeitura Municipal de Pelotas**, Pelotas, 30 abr. 2026. Disponível em: <https://www.pelotas.com.br/noticia/pelotas-implanta-samu-para-atendimento-em-saude-mental>. Acesso em: 9 jun. 2026.

ISAC. **UPA Santa Paula completa sete anos com mais de 2,1 milhões de atendimentos**. [S. l.]: ISAC, 2021. Disponível em: <https://isac.org.br/upa-santa-paula-completa-sete-anos-com-mais-de-21-milhoes-de-atendimentos/>. Acesso em: 13 abr. 2026.

KINKER, Fernando Sfair; MOREIRA, Maria Inês Badaró. Abertura de possíveis no cuidado em saúde mental, em momentos de crise. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 130, p. 904-916, jul./set. 2021.

L'ABBATE, Solange. A análise institucional e a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 265-274, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VbLqM64cWpJP7qHM7VjBf7s/>. Acesso em: 21 jun. 2026.

LIMA, Déborah Karollyne Ribeiro Rolim; GUIMARÃES, Jéssica. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, e290310, 2019.

LOURAU, René. **A análise institucional**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

MARANHÃO. Secretaria de Estado da Saúde. **Protocolo clínico de urgência e emergência em saúde mental**. 2. ed. rev. atual. São Luís: Secretaria de Estado da Saúde; Escola de Saúde Pública do Estado do Maranhão, 2023. Disponível em: https://www.saude.ma.gov.br/wp-content/uploads/2024/03/PROTOCOLO-Emergencia-em-Saude-Mental_GesBran_com.pdf. Acesso em: 21 jun. 2026.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDONÇA, Guilherme Silva; GIULIANI, Carla Denari; PEREIRA, Pedro Guimarães. Reinternações e o efeito da porta giratória em uma unidade de saúde mental de um hospital de grande porte na cidade de Uberlândia. **Revista FT**, v. 27, n. 126, 2023.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, Emerson Elias et al. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 6, p. 70-83, dez. 2019.

NICÁCIO, Fernanda; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. A complexidade da atenção às situações de crise: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 71-81, maio/ago. 2004.

OMS. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: décima revisão**. São Paulo: EDUSP, 1992.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, e00156119, 2019.

PADILHA, Vanessa Marques et al. Profile of patients attended as psychiatric emergencies at a general hospital. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 131, n. 6, p. 398-404, 2013.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Sistema Estadual de Regulação**. Curitiba: SESA-PR, [s. d.]. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Sistema-Estadual-de-Regulacao>. Acesso em: 21 jun. 2026.

PHILIPS. **Philips Tasy EMR: general brochure**. [S. l.]: Philips, [s. d.]. Disponível em: https://www.philips.com/c-dam/b2bhc/br/marketing/philips_tasy_emr_general_brochure.pdf. Acesso em: 21 jun. 2026.

PIMENTEL, Luis Carlos. Conselho da Saúde aprova Unidade de Estabilização Psiquiátrica em PG. **BnT Online**, Ponta Grossa, 17 jul. 2025. Disponível em: <https://bntonline.com.br/conselho-da-saude-aprova-unidade-de-estabilizacao-psiquiatrica-em-pg>. Acesso em: 9 jun. 2026.

PONTA GROSSA. Prefeitura Municipal. **Prefeitura conclui obras e inaugura a UPA Uvaranas**. Ponta Grossa, 3 jun. 2025. Disponível em: <https://www.pontagrossa.pr.gov.br/2025/06/03/prefeitura-conclui-obras-e-inaugura-a-upa-uvaranas/>. Acesso em: 13 abr. 2026.

PRADO NETO, Alberico et al. Perfil clínico e territorial dos atendimentos em uma emergência psiquiátrica. **Diálogos Interdisciplinares em Psiquiatria e Saúde Mental**, v. 3, n. 1, e12604, 2024.

QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; JORGE, Maria Salete Bessa; FRANCO, Túlio Batista. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 253-271, 2014.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. **Ribeirão Preto inaugura o primeiro Pronto Atendimento de Saúde Mental 24 horas do Brasil**. Ribeirão Preto, 8 jun. 2026. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/noticia/ribeirao-preto-inaugura-o-primeiro-pronto-atendimento-de-saude-mental-24-horas-do-brasil>. Acesso em: 14 jun. 2026.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática x revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. v-vi, 2007.

SÁ-SILVA, Jackson Ronie; ALMEIDA, Cristóvão Domingos de; GUINDANI, Joel Felipe. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, Rio Grande, v. 1, n. 1, p. 1-15, 2009.

SAMPAIO, Márcia L.; BISPO JUNIOR, José Patrício. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, e00042620, 2021.

SÃO CAMILO SUL. **Clínica Médica São Camilo**. Ponta Grossa: São Camilo Sul, [s. d.]. Disponível em: <https://saocamilosul.com/unidades/34-clinica-medica-sao-camilo-1>. Acesso em: 21 jun. 2026.

SARACENO, Benedetto. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Belo Horizonte: Te Cora, 1999.

SCHERER, Clauber Eduardo Marchezan; AMARAL, Pedro Vasconcelos Maia do. O espaço e o lugar das cidades médias na rede urbana brasileira. **Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais**, v. 22, e202001, 2020.

SOUSA, Francisca Paula Soares; SILVA, Carlos Alberto de Freitas; OLIVEIRA, Eliany Nazaré. Serviço de emergência psiquiátrica em hospital geral. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 796-802, 2010.

SOUZA, Herbert José de. **Como se faz análise de conjuntura**. Petrópolis: Vozes, 1984.

UEPG. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas. **Mestrado**. Ponta Grossa: Universidade Estadual de Ponta Grossa, 2026. Disponível em: <https://www2.uepg.br/ppgcsa/mestrado/>. Acesso em: 13 abr. 2026.

VIGOD, Simone N. et al. Temporal trends in general and psychiatric emergency department visits for self-harm: a population-based study. **PLOS ONE**, San Francisco, v. 8, n. 6, e65133, 2013.

WASUM, Fernanda Demétrio et al. Avaliação de Quarta Geração: intervenções realizadas na atenção à crise em saúde mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 142, e9252, 2024.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho et al. Internações e reinternações psiquiátricas em um hospital geral de Porto Alegre: características sociodemográficas, clínicas e do uso da rede de atenção psicossocial. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 460-474, 2017.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho et al. Fatores associados às reinternações psiquiátricas: uma revisão sistemática. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 28, e2804, 2018.

APÊNDICE A – MAPEAMENTO DOS DIAGNÓSTICOS REGISTRADOS NO SISTEMA E SUA RECATEGORIZAÇÃO ANALÍTICA

Este apêndice apresenta de forma sintética o procedimento de recategorização diagnóstica realizado na pesquisa. Os diagnósticos registrados no sistema foram preservados em sua forma original e, adicionalmente, organizados em grupos diagnósticos analíticos mais amplos, com a finalidade de reduzir a dispersão dos registros, aumentar a legibilidade do banco e viabilizar comparações estatísticas mais consistentes. O mapeamento completo permanece preservado na planilha analítica final; abaixo se apresenta uma síntese por grupo, com exemplos de diagnósticos incluídos e a situação na análise.

Grupo diagnóstico analítico	Exemplos de diagnósticos no sistema	Situação na análise	Observação
Transtornos ansiosos e relacionados ao estresse	Transtornos ansiosos; ansiedade generalizada; reação aguda ao estresse	Mantido	Grupo predominante na base
Transtornos depressivos e do humor	Episódio depressivo; transtorno afetivo bipolar; transtorno do humor	Mantido	Inclui quadros depressivos e de humor
Transtornos psicóticos	Esquizofrenia; transtorno psicótico agudo; surto psicótico	Mantido	Usado como indicador de maior gravidade assistencial presumida
Autolesão / comportamento suicida	Lesão autoprovocada; auto-intoxicação intencional; ideação suicida	Mantido	Agrupa CIDs X60–X84 e registros clínicos relacionados
Transtornos relacionados ao uso de álcool	Intoxicação alcoólica; dependência de álcool	Mantido	Agrupado separadamente pela relevância clínica

Transtornos relacionados ao uso de outras substâncias	Uso de cocaína, crack, cannabis e outras substâncias	Mantido	Mantido separado de álcool
Transtornos dissociativos / somatoformes	Crises conversivas; sintomas somatoformes	Mantido	Grupo residual de menor frequência
Transtornos neurocognitivos / orgânicos	Demência; transtornos mentais orgânicos	Mantido	Mantido quando aderente ao objeto
Transtornos de personalidade e comportamento	Transtorno de personalidade; transtornos do comportamento	Mantido	Grupo de baixa frequência
Transtornos do neurodesenvolvimento e da infância/adolescência	TDAH; transtornos do desenvolvimento; quadros infantojuvenis	Mantido	Mantido quando relacionado à crise
Transtornos da alimentação	Anorexia; bulimia; outros transtornos alimentares	Mantido	Baixa frequência
Outros transtornos mentais / inespecíficos	Transtorno mental não especificado; sofrimento psíquico inespecífico	Mantido	Grupo residual
Diagnósticos não psiquiátricos / associados	Condições clínicas sem aderência suficiente ao objeto	Excluído da análise diagnóstica principal	Preservado para rastreabilidade metodológica

Fonte: Elaborado pelo autor (2026).

Nota: Os registros classificados como não psiquiátricos ou associados foram excluídos da análise diagnóstica principal por não apresentarem aderência suficiente ao objeto da pesquisa, permanecendo identificados para fins de transparência metodológica e rastreabilidade.

APÊNDICE B – ESTRATÉGIA DE BUSCA BIBLIOGRÁFICA

Este apêndice apresenta a estratégia geral de busca utilizada para compor o estado da arte. O objetivo foi localizar produção Brasileira relacionada à crise em saúde mental, à urgência e emergência, às recidivas de atendimentos, à porta giratória e à articulação da Rede de Atenção Psicossocial.

Base/portal	Descritores e combinações	Observação
SciELO	“saúde mental” AND crise; “urgência” AND “saúde mental”; UPA AND saúde mental	Priorização de estudos Brasileiros
BVS	“emergência psiquiátrica”; “pronto atendimento” AND saúde mental; recidiva AND saúde mental	Busca por artigos indexados em saúde coletiva
Portal CAPES	“porta giratória” AND saúde mental; readmissão psiquiátrica; reinternação psiquiátrica	Complementação do levantamento

Fonte: Elaborado pelo autor (2026).

APÊNDICE C – ROTEIRO DE LEITURA E EXTRAÇÃO DOS ESTUDOS

Este apêndice sistematiza o roteiro utilizado para a leitura analítica dos estudos incluídos no estado da arte.

- Identificação do estudo: autor(es), ano, título, periódico ou tipo de trabalho acadêmico.
- Local ou contexto empírico: cidade, região, tipo de serviço ou nível de atenção abordado.
- Objeto principal: crise em saúde mental, urgência e emergência, rede, continuidade do cuidado, readmissão, reinternação ou porta giratória.
- Desenho metodológico: qualitativo, quantitativo, avaliativo, descritivo, teórico ou revisão.
- Perfil dos sujeitos ou da demanda, quando informado: sexo, idade, motivos de atendimento, grupos diagnósticos ou condições associadas.
- Principais achados: síntese das conclusões centrais do estudo.
- Contribuição para esta dissertação: de que modo o estudo ajuda a compreender o problema das recidivas em saúde mental na urgência.
- Limites percebidos: recorte institucional, tipo de serviço, abrangência territorial, ausência de enfoque em recidivas em UPA etc.

APÊNDICE D – QUADRO-SÍNTESE DOS ESTUDOS INCLUÍDOS NO ESTADO DA ARTE

Este apêndice apresenta, de forma sintética, os estudos brasileiros mobilizados no estado da arte desta dissertação. O quadro a seguir organiza autor, ano, cenário empírico, foco do estudo e contribuição principal para a construção do problema de pesquisa.

Autor(es)/ano	Cenário	Foco	Achado central	Contribuição
Kinker; Moreira, 2021	RAPS / CAPS	Atenção à crise e continuidade do cuidado	A crise é ponto decisivo para a continuidade; a ausência dos serviços territoriais no acolhimento inicial cria risco de ruptura do fio do cuidado	Fundamenta a relação entre manejo da crise na urgência e continuidade do cuidado na rede
Mendonça; Giuliani; Pereira, 2023	Hospital geral	Reinternações psiquiátricas e circularidade assistencial em unidade de saúde mental	Predomínio de transtornos por uso de substâncias, seguidos de transtornos do humor e esquizofrenia; CAPS apontados como dispositivos centrais de prevenção	Atualiza o debate sobre circularidade assistencial e reforça a relevância dos grupos diagnósticos identificados na dissertação
Prado Neto et al., 2024	Hospital de referência estadual	Perfil clínico e territorial da emergência psiquiátrica	91.555 atendimentos em 5 anos; predomínio de transtornos esquizofrênicos e de humor; apenas 11,67%	Amplia a discussão sobre perfil da demanda em serviços agudos e levanta questões sobre articulação com

			resultaram em internação; mais de 55% dos atendimentos em horário comercial	os demais pontos da RAPS
Barbosa; Marques, 2023	Revisão sistemática	Porta giratória em transtornos psiquiátricos graves	Ausência de critério único para caracterização do fenômeno; perfis de maior risco incluem jovens, solteiros, com menor apoio social e internações involuntárias	Delimita conceitualmente o fenômeno da porta giratória e apoia a distinção entre recidiva em UPA e reinternação psiquiátrica
Coutinho et al., 2024	CAPS III	Manejo da crise e fluxos de acolhimento	Existência de dois fluxos distintos: usuários vinculados à rede territorial nem sempre passam pela emergência; usuários sem vínculo tendem a acessar o sistema pelos serviços agudos	Sustenta empiricamente a interpretação de que a recidiva nas UPAs pode expressar ausência de vínculo longitudinal com a rede territorial
Sousa; Silva; Oliveira, 2010	Hospital geral	Emergência psiquiátrica	Demanda clínica heterogênea na atenção aguda	Sustenta a discussão sobre crise e urgência
Padilha et al., 2013	Hospital geral	Perfil de pacientes em emergência psiquiátrica	Predomínio de quadros depressivos, psicóticos e uso de substâncias	Ajuda a pensar perfil clínico da demanda

Quinderé; Jorge; Franco, 2014	RAPS	Lugar da saúde mental na rede	Fragilidade de articulação entre serviços	Fundamenta rede e continuidade do cuidado
Lima; Guimarães, 2019	Território/RAPS	Continuidade do cuidado	Rede depende da qualidade das relações entre serviços	Sustenta leitura da recidiva como analisador da rede
Onocko-Campos, 2019	Política nacional	Avanços e retrocessos da saúde mental	Campo permanece em disputa	Adensa a conjuntura da política Brasileira
Dias; Fernandes; Ferigato, 2020	Serviços de crise	Atenção à crise	Tensão entre centralização e descentralização das práticas	Fundamenta crise como analisador do cuidado
Sampaio; Bispo Junior, 2021	RAPS	Articulação do cuidado	Dificuldades persistentes de integração da rede	Apoia análise sobre continuidade
Wasum et al., 2024	Atenção à crise	Intervenções em saúde mental	Manejo da crise exige rede e pluralidade de respostas	Atualiza a discussão sobre atenção aguda
Zanardo et al., 2017	Hospital geral	Reinternações psiquiátricas	Circularidade assistencial e uso da rede	Aproxima o debate sobre porta giratória

Fonte: Elaborado pelo autor (2026).

APÊNDICE E – QUADRO DE CATEGORIAS ANALÍTICAS DO ESTADO DA ARTE

A leitura dos estudos incluídos no estado da arte foi organizada em torno de categorias analíticas construídas a partir do problema desta dissertação.

Categoria	Descrição	Utilidade para a dissertação
Crise em saúde mental	Formas de compreensão e manejo do sofrimento agudo	Sustenta a leitura da UPA como espaço de atenção à crise
Urgência e emergência	Perfil da demanda e função institucional da atenção aguda	Ajuda a situar empiricamente o objeto
Recidiva / readmissão / porta giratória	Repetição de passagens por serviços	Delimita o uso conceitual de recidiva
Rede e continuidade do cuidado	Articulação entre serviços e seguimento territorial	Sustenta a discussão sobre CAPS e retorno à UPA
Cidade média	Recorte urbano intermediário e funções regionais	Justifica o caso de Ponta Grossa/PR

Fonte: Elaborado pelo autor (2026).

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



Coordenação - Escola de Saúde Pública de Ponta Grossa

Ao (À)

ANDRE LUIZ ASSAD GONÇALVES

CARTA DE AUTORIZAÇÃO

*Eu, Francielly de Souza Campos, Gerente da Escola de Saúde Pública, autorizo a execução do projeto **RECIDIVA DE ATENDIMENTOS EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: UM ESTUDO NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA/PR**, realizado pela UEPG, que será desenvolvido pela pesquisador **ANDRÉ LUIZ ASSAD GONÇALVES**, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Lara Simone Messias Floriano. Co-orientador: Bruno Pedroso.*

A pesquisa só estará autorizada após emissão do parecer consubstanciado emitido pela Plataforma Brasil.

Ressalto que qualquer publicação oriunda desta pesquisa deverá conter logo da instituição e respectiva citação.

17 de abril de 2026



Documento assinado eletronicamente por **FABIANA PAIZANY PAZ**, Assessora, em 17/04/2026, às 08:27, horário oficial de Brasília, conforme o Decreto Municipal nº 14.369 de 03/05/2018.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site <https://sei.pontagrossa.pr.gov.br/validar> informando o código verificador **7310819** e o código CRC **3C53B908**.

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Políticas Públicas de Cidadania e Inclusão Social e o Cuidado em Saúde Mental nos Diferentes Contextos e Cenários

Pesquisador: LARA SIMONE MESSIAS FLORIANO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 69820923.2.0000.0105

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Ponta Grossa

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.125.159

Apresentação do Projeto:

O conceito de saúde integral e abrangente proposto pela reforma sanitária exigiu mudanças estruturais nas políticas públicas da saúde e da assistência social, instaurando a participação popular e o controle social nos modelos de gestão. A Lei 10.216 de 6 de abril de 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, foi um marco importante na história da saúde mental brasileira. Esta lei foi a primeira a estabelecer princípios e diretrizes para a atenção em saúde mental no Brasil. Entre eles, destacam-se o direito à vida, à saúde, ao tratamento e à inclusão social, a defesa dos direitos humanos, a promoção da autonomia, a garantia do acesso a serviços e a reorientação dos serviços de saúde mental. Em 2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi oficialmente lançada pelo governo federal através da Portaria MS/GM nº 3.088, de 23/12/2011. A portaria da RAPS tem como objetivo a ampliação e garantia do acesso à atenção psicossocial, de forma humanizada e centrada nas necessidades das pessoas. Além disso,

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco da Reitoria, sala 22

Bairro: Uvaranas

CEP: 84.030-900

UF: PR

Município: PONTA GROSSA

Telefone: (42)3220-3282

E-mail: propepsecretaria@uepg.br

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG**

Continuação do Parecer: 6.125.159

estabelece os diferentes equipamentos que compõe a Rede e delimita suas finalidades (BRASIL, 2011). As políticas de prevenção e promoção de Saúde Mental tem como objetivo aumentar a conscientização sobre a saúde mental, identificar e prevenir problemas e oferecer tratamento eficaz a quem precise. Estas políticas podem incluir campanhas de conscientização, programas de educação para a saúde mental, programas de prevenção de transtornos mentais e acesso a serviços de saúde mental. Já as políticas de proteção social têm como objetivo garantir que todas as pessoas tenham acesso a serviços de saúde mental de qualidade, incluindo acesso a tratamentos eficazes e cuidados de saúde mental integrados, proteção contra a discriminação e violência e acesso a recursos que ajudem as pessoas a serem economicamente independentes. Por fim as políticas de proteção de direitos humanos focam na garantia dos direitos humanos das pessoas com problemas de saúde mental, incluindo direitos à vida, à liberdade e à segurança, à saúde, à educação, à igualdade de oportunidades, à proteção contra a discriminação e à liberdade de expressão. (OMS, 2020). A pandemia de Covid-19 afetou profundamente a saúde mental das pessoas em todo o mundo. As limitações físicas, as restrições de contato e a incerteza sobre o futuro têm gerado ansiedade, depressão e outros problemas de saúde mental. Alguns dos principais fatores que contribuem para o impacto da Covid-19 na saúde mental incluem: mudanças na rotina diária, perda de emprego ou renda, luto, solidão, preocupações financeiras, sobrecarga dos cuidadores, entre outros. Do ponto de vista da saúde mental, uma epidemia provoca uma perturbação psicossocial que pode ultrapassar a capacidade de enfrentamento da população afetada.

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco da Reitoria, sala 22
Bairro: Uvaranas **CEP:** 84.030-900
UF: PR **Município:** PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3282 **E-mail:** propespsecretaria@uepg.br

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG**

Continuação do Parecer: 6.125.159

Objetivo da Pesquisa:**Objetivo Primário:**

investigar as demandas de Saúde Mental em diversos contextos e cenários e no ciclo vital humano, com foco na análise e avaliação das políticas públicas de direitos, inclusão social e cidadania das pessoas com problemas de saúde mental; interdisciplinaridade, discursos e práticas de sujeitos no campo da Saúde Mental; Epidemiologia, identificação, caracterização e avaliação da comunidade no enfrentamento dos transtornos mentais, problemas com álcool e outras drogas, prevenção e pósvenção do suicídio; organização e avaliação de serviço de atendimento psicossocial à comunidade universitária, Saúde Mental e COVID-19 - impactos e enfrentamentos, integridade psíquica e direitos humanos em ambiente virtual.

Objetivo Secundário:

Investigar o impacto da Covid-19 na saúde mental das pessoas idosas participantes de Centros de Convivência, bem como, demais populações no ciclo vital humano e da Rede de Atenção Psicossocial; Analisar as estratégias de adaptação utilizadas pela equipe multiprofissional no Centro de Atenção Psicossocial, para a reabilitação psicossocial, devido a influência da pandemia de COVID-19, bem como, demais populações e categorias de trabalhadores, no ciclo vital humano e da Rede de Atenção Psicossocial e demais serviços de saúde e educação; Investigar os aspectos das vivências acadêmicas e escolares de adultos jovens/crianças e adolescentes, que afetam a saúde mental; Aplicar escalas e testes psicológicos nas diferentes populações no ciclo vital humano, em diferentes cenários e contextos; Analisar como o Estado brasileiro tem atuado na criação de políticas públicas de proteção à integridade psíquica no ambiente virtual, à luz do debate sobre direitos humanos.

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco da Reitoria, sala 22**Bairro:** Uvaranas**CEP:** 84.030-900**UF:** PR**Município:** PONTA GROSSA**Telefone:** (42)3220-3282**E-mail:** propespsecretaria@uepg.br

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG**

Continuação do Parecer: 6.125.159

Avaliação dos Riscos e Benefícios:**Riscos:**

Como risco, pode-se ocasionar dos participantes voluntários não aceitarem participar das pesquisas. Como providência, ao entrar em contato com os participantes, será explicado sobre os critérios de confidencialidade que será pautado no TCLE. Também este estudo pode gerar como risco um possível desconforto aos participantes em relação as perguntas presentes nos instrumentos de pesquisa, isso porquê tratam-se de questionamentos de ordem pessoal e íntima da vivência de cada pessoa. Essa é uma das razões pelas quais é importante ressaltar aos participantes a segurança dos dados que serão coletados. Quaisquer dúvidas que eventualmente surjam pelos/as participantes serão respondidas pelos pesquisadores, que fornecerá e-mail como forma de contato. Além disso, quanto a explicações do termo de consentimento livre esclarecido estas poderão ser esclarecidas pelos pesquisadores igualmente a qualquer momento.

Benefícios:

Como benefícios, esta pesquisa contribuirá para publicitar os serviços ofertados pela Rede de Atenção Psicossocial em seus diversos contextos e cenários, as estratégias de enfrentamento e adaptação dos diversos públicos no ciclo vital humano antes, durante e após a pandemia no campo da saúde mental, e, considerando os desafios e potencialidades, provocar e orientar os órgãos governamentais para a criação e implementação de políticas públicas de saúde mental com foco na cidadania e inclusão das pessoas com transtornos mentais, em ambiente presencial ou virtual, além de promover a disseminação do conhecimento científico.

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco da Reitoria, sala 22
Bairro: Uvaranas **CEP:** 84.030-900
UF: PR **Município:** PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3282 **E-mail:** propespsecretaria@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA - UEPG



Continuação do Parecer: 6.125.159

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante e exequível. Trata-se de pesquisas que buscam investigar as demandas de Saúde Mental em diversos contextos e cenários e no ciclo vital humano, com foco na análise e avaliação das políticas públicas de direitos, inclusão social e cidadania das pessoas com problemas de saúde mental; interdisciplinaridade, discursos e práticas de sujeitos no campo da Saúde Mental; Epidemiologia, identificação, caracterização e avaliação da comunidade no enfrentamento dos transtornos mentais, problemas com álcool e outras drogas, prevenção e pósvenção do suicídio; organização e avaliação de serviço de atendimento psicossocial à comunidade universitária, Saúde Mental e COVID-19 - impactos e enfrentamentos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatório estão corretamente preenchidos e anexados na Plataforma. Em anexo e de acordo com as resoluções 466/2012 e 510/2016

Recomendações:

Enviar o relatório final ao término do projeto de pesquisa por Notificação via Plataforma Brasil para evitar pendências.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto foi aprovado sem restrições, após avaliação documental. O projeto se encontra dentro dos princípios éticos e metodológicos, de acordo com o Conselho Nacional de Saúde, Resolução 466/2012 e 510/2016.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco da Reitoria, sala 22
Bairro: Uvaranas **CEP:** 84.030-900
UF: PR **Município:** PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3282 **E-mail:** propespsecretaria@uepg.br

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG**



Continuação do Parecer: 6.125.159

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2099730.pdf	16/06/2023 13:12:46		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_POLITICAS_PUBLICAS.pdf	16/06/2023 13:12:25	LARA SIMONE MESSIAS FLORIANO	Aceito
Outros	APENDICE4_QUESTIONARIO_Variaveis_EVENT.pdf	16/06/2023 13:06:35	LARA SIMONE MESSIAS	Aceito
Outros	apendice4_instrumentoVariaveis_EVENT.pdf	16/06/2023 13:05:56	LARA SIMONE MESSIAS	Aceito
Outros	apendice4_EVENT_ESCALA.pdf	16/06/2023 13:04:37	LARA SIMONE MESSIAS	Aceito
Outros	APENDICE3_INSTRUMENTO_DE_PESQUISA.pdf	16/06/2023 13:01:16	LARA SIMONE MESSIAS	Aceito
Outros	apendice2_instrumentodepesquisa.pdf	16/06/2023 13:00:38	LARA SIMONE MESSIAS	Aceito
Outros	Apendice1_instrumento_pesquisa.pdf	16/06/2023 12:58:15	LARA SIMONE MESSIAS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	apendice4_autorizacaostacasa.pdf	16/06/2023 12:57:47	LARA SIMONE MESSIAS FLORIANO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	APENDICE3_CARTAAUTORIZACAO_DENF.pdf	16/06/2023 12:56:40	LARA SIMONE MESSIAS FLORIANO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	apendice1e2_CartadeautorizacaoNEP_prefeitura.pdf	16/06/2023 12:56:13	LARA SIMONE MESSIAS FLORIANO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	apendice4_TCLE.pdf	16/06/2023 12:55:28	LARA SIMONE MESSIAS FLORIANO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	apendice3_TCLE.pdf	16/06/2023 12:55:17	LARA SIMONE MESSIAS FLORIANO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	apendice2_TCLE.pdf	16/06/2023 12:54:58	LARA SIMONE MESSIAS FLORIANO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	apendice1_TCLE_.pdf	16/06/2023 12:54:39	LARA SIMONE MESSIAS FLORIANO	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_pesquisa.pdf	03/05/2023 15:01:13	LARA SIMONE MESSIAS	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco da Reitoria, sala 22
Bairro: Uvaranas **CEP:** 84.030-900
UF: PR **Município:** PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3282 **E-mail:** propespsecretaria@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG



Continuação do Parecer: 6.125.159

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PONTA GROSSA, 17 de Junho de 2023

Assinado por:
ULISSES COELHO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvararanas, Bloco da Reitoria, sala 22
Bairro: Uvaranas **CEP:** 84.030-900
UF: PR **Município:** PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3282 **E-mail:** propespsecretaria@uepg.br

ANEXO C – DECLARAÇÃO DE VINCULAÇÃO

DECLARAÇÃO DE VINCULAÇÃO A PROJETO APROVADO PELO CEP

Eu, Lara Simone Messias Floriano, professora vinculada à Universidade Estadual de Ponta Grossa, na condição de pesquisadora responsável pela pesquisa continuada intitulada “Políticas Públicas de Cidadania e Inclusão Social e o Cuidado em Saúde Mental nos Diferentes Contextos e Cenários”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob Parecer nº 6.125.159, CAAE nº 69820923.2.0000.0105, declaro, para os devidos fins, que a pesquisa intitulada “**Recidiva de Atendimentos de Urgência e Emergência em Saúde Mental: Um Estudo no Município de Ponta Grossa/PR**”, desenvolvida por **André Luiz Assad Gonçalves**, sob minha orientação, constitui projeto vinculado à pesquisa principal acima referida.

Declaro que a referida pesquisa está inserida no escopo temático, metodológico e ético do projeto matriz já aprovado, representando uma continuidade investigativa compatível com os objetivos e procedimentos previstos no protocolo de pesquisa submetido ao Sistema CEP/Conep.

Declaro, ainda, que André Luiz Assad Gonçalves participa desta pesquisa na condição de mestrando/pesquisador assistente/orientando, no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas, da Universidade Estadual de Ponta Grossa, desenvolvendo recorte específico relacionado à compreensão do fenômeno da porta giratória em saúde mental no município de Ponta Grossa, com foco nos atendimentos em serviço de urgência e emergência.

Esclareço que a pesquisa continuada observa integralmente os princípios éticos aplicáveis à pesquisa envolvendo seres humanos, inclusive quanto ao sigilo, à confidencialidade, à proteção dos participantes e ao uso responsável dos dados. A presente declaração é emitida para fins de comprovação de vínculo acadêmico e ético-institucional, especialmente para instrução de pedido de autorização institucional para realização da pesquisa junto à Prefeitura Municipal de Ponta Grossa/Secretaria Municipal de Saúde.

Ponta Grossa, 11 de março de 2026.

Documento assinado digitalmente
 LARA SIMONE MESSIAS FLORIANO
Data: 11/03/2026 17:28:56-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Lara Simone Messias Floriano

Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
Professora no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas
Universidade Estadual de Ponta Grossa