



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

CLARISSA BEATRIZ GOMES DE LIMA

O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA:
uma revisão de literatura sobre desafios e possibilidades na perspectiva dos trabalhadores das
Unidades Básicas de Saúde

Rio de Janeiro

2022

CLARISSA BEATRIZ GOMES DE LIMA

O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA:
uma revisão de literatura sobre desafios e possibilidades na perspectiva dos trabalhadores das
Unidades Básicas de Saúde

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título Especialista em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Ma. Tatiana Clarkson Mattos

Rio de Janeiro

2022

FOLHA DE APROVAÇÃO

CLARISSA BEATRIZ GOMES DE LIMA

O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA:
uma revisão de literatura sobre desafios e possibilidades na perspectiva dos trabalhadores das
Unidades Básicas de Saúde

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título Especialista em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 18 de novembro de 2022.

Prof.^a Ma. Tatiana Clarkson Mattos (Orientadora)
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV-FIOCRUZ)

Prof. Dr. Paulo Eduardo Xavier de Mendonça
Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (IESC-UFRJ)

Ma. Ana Paula Klein
Faculdade de Saúde Pública (FSP-USP)

Dra. Tatiana Regina de Andrade Soares
Instituto de Medicina Social (IMS-UERJ)

À memória de meus avós,

Therezinha Dib e Albino Gomes, que me deram
as mãos, com inigualável zelo, dos primeiros
passos até esse importante marco da minha
caminhada.

AGRADECIMENTOS

Aos meus familiares, por sempre investirem e apostarem com tanto carinho, presença e confiança na minha construção e na potencialidade dos frutos do meu estudo e trabalho. Vocês são um exemplo de ética, dedicação e afeto que carrego em cada traço. Muito obrigada aos meus avós Therezinha e Albino, que seguirão para sempre comigo, em memória e no coração, aos meus pais Fátima e Fernando, meu tio Marcelo e minha irmã, Fernanda, por serem reiteradamente minha maior rede de apoio e seguirem cuidando com tanto amor de Balloo e Baguera;

Ao meu parceiro, Marcello, por construir todos os dias um sonho comigo, dividir o teto, o mimo de Nabis, Bilico e Canela, a rega de inúmeras plantas, o presente e o desejo pelo futuro, me incentivar e me apoiar a seguir em movimento nas mais diversas estradas das nossas andanças;

À professora Tatiana Clarkson, pela trajetória de orientação através de preciosos diálogos, direcionamentos, planejamentos, elaborações, escrita, redesenhos, reescrita, reelaborações e, especialmente, pela afetuosa persistência na produção deste trabalho. Agradeço imensamente por me acompanhar no reencontro com o sentido do que eu mesma buscava pôr em palavras a partir das questões que se desdobraram nesta pesquisa;

Ao professor Paulo Xavier, por também ser uma peça essencial no meu percurso desde as tutorias até as reuniões para construção deste trabalho final e agora, ao compor a banca de avaliação, inspirando, instigando e incentivando a desbravar este campo de tantas conquistas e disputas sem perder a ternura;

À Ana Paula Klein, por prontamente aceitar participar da banca de avaliação do meu trabalho com importantes contribuições à este processo;

À Tatiana Soares, pela amizade e pelas trocas na pesquisa e no estudo da saúde mental e da saúde coletiva e para além destes campos, nos encontros da vida. Obrigada por fazer parte deste trabalho também na composição de sua banca de avaliação;

Aos meus colegas de turma, agradeço a cada um de vocês por tudo que compartilhamos nas dicas e diálogos, pelo companheirismo nas horas de estudo, nos momentos de dificuldade e nas brechas de leveza e diversão. Dividir esses dois intensos anos entre nós personificou neste grupo os conceitos de coletividade e rede no mais próximo núcleo de trabalho que formamos;

Aos meus preceptores oficiais, Henrique Rodrigues (Serviço de Epidemiologia e Avaliação - SEAV do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho - HUCFF/UFRJ), Adriana Mendes e Marco Aurélio (Coordenação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e

Assessoria Técnica de Saúde Mental na Coordenadoria de Atenção Primária da Área Programática 5.1 do município do Rio de Janeiro), e Paulo Pontes (Superintendência de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde deste município), assim como aos meus queridos colegas de trabalho nestes campos. O acolhimento e a transmissão de todos, abrindo as portas de cada espaço e me acompanhando ao longo dos inúmeros desafios de trabalhar apostando no Sistema Único de Saúde, vivenciando diariamente a construção de possibilidades diante dos efeitos de acumulados desmontes e em meio a todas as adversidades de uma pandemia foram singulares e fundamentais para o meu percurso de formação enquanto sanitarista;

Aos professores, tutores, funcionários e gestores do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da UFRJ (IESC-UFRJ), principalmente aos membros da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, pela sustentação deste programa formando sanitaristas ao longo de tantos anos com tamanha dedicação, afinco e comprometimento, mesmo em períodos tão desafiadores. Como também, agradeço especialmente ao Ministério da Saúde pelo financiamento desta Residência e pelo núcleo de resistência na gestão federal que, ainda que em meio a muitas tribulações, viabiliza a formação de profissionais que sustentam a Saúde Pública enquanto um direito conquistado de todos os cidadãos brasileiros.

A principal perturbação é trazida com e pelo próprio doente. À pura essência nosológica, que fixa e esgota, sem deixar resíduo, o seu lugar na ordem das espécies, o doente acrescenta, como perturbações, suas disposições, sua idade, seu modo de vida e toda uma série de acontecimentos que figuram como acidentes em relação ao núcleo essencial. Para conhecer a verdade do fato patológico, o médico deve abstrair o doente.

Michel Foucault, O Nascimento da Clínica

RESUMO

LIMA, Clarissa Beatriz Gomes de. **O cuidado em saúde mental na atenção básica**: uma revisão de literatura sobre desafios e possibilidades na perspectiva dos trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

No decorrer da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, se tornou questão a articulação constante entre os diferentes dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial nos debates sobre os casos dos usuários em sofrimento psíquico e em grande vulnerabilidade. Tais situações são discutidas em diversos momentos e chamaram a atenção pela alta complexidade envolvida, assim como pela grande dificuldade que os dispositivos de Atenção Básica apresentavam em assumir o papel de coordenadores do cuidado, em sua concepção integral. Os principais prismas de análise para a fundamentação do presente estudo se dão a partir da trajetória de definição e instituição dos lugares de cuidado à saúde mental no Brasil, fundamentados pelas políticas de saúde enquanto marcos teóricos conceituais ao decorrer da história. Este percurso se deu em direção ao recorte de cuidado da saúde mental na Atenção Básica e o que hoje está posto enquanto desafio nesta instância a partir da última Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Tem-se como objetivo analisar a produção científica após a publicação da PNAB, em 2017, acerca das percepções dos profissionais de saúde sobre a atual política e os desafios colocados no cuidado em saúde mental, assim como, avaliar se há efeitos nas práticas cotidianas e possível associação ao marco supracitado. Foi realizada uma revisão narrativa da literatura sobre as práticas de cuidado em saúde mental produzidas por trabalhadores das unidades básicas de saúde. Este levantamento foi feito nos principais repositórios, buscando estudos que tenham entrevistado esses profissionais acerca do tema em questão no período entre janeiro de 2018 e fevereiro de 2020. Ao final da revisão de literatura, foram analisadas 16 pesquisas que apresentaram como principais eixos temáticos os determinantes sociais e a vulnerabilidade psicossocial; as categorias profissionais, sua formação e o trabalho em equipe; os desafios para o cuidado em saúde mental na atenção básica; o trabalho neste campo em municípios de pequeno porte; o cuidado infanto-juvenil; a medicalização. Os temas que surgiram do levantamento foram analisados por quatro dimensões: as ações realizadas e impasses encontrados pelos trabalhadores da Atenção Básica em relação ao cuidado em Saúde Mental; o apoio matricial e os efeitos sobre o cuidado realizado; a articulação intra e intersetorial e a coordenação do cuidado pela Atenção Básica; a conjuntura das unidades básicas de saúde: infraestrutura e processos dos diferentes níveis de gestão. Em que se pese não ter sido possível correlacionar diretamente as dificuldades encontradas nesta revisão às mudanças na política, se faz necessário destacar o agravamento nestes últimos anos dos desafios para a sustentação de um modelo substitutivo de atenção à saúde mental na Atenção Básica.

Palavras-chave: Saúde mental. Atenção básica à saúde. Políticas públicas em saúde.

ABSTRACT

LIMA, Clarissa Beatriz Gomes de. **Mental health care in primary care**: a literature review on challenges and possibilities from the perspective of workers in Primary Health Units. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

During the Multiprofessional Residency in Collective Health, the constant articulation between the different devices of the Psychosocial Care Network in the debates on the cases of users in psychic suffering and in major vulnerability became a question. Such situations are discussed at different times and drew attention due to the high complexity involved, as well as the great difficulty that Primary Care devices presented in assuming the role of care coordinators, in its integral conception. The main prisms of analysis for the foundation of the present study are based on the trajectory of definition and institution of services of mental health care in Brazil, based on health policies as conceptual theoretical frameworks throughout history. This path took place towards the focus of mental health care in Primary Care and what is currently set as a challenge in this instance from the last National Primary Care Policy (NPCP). The objective is to analyze the scientific production after the publication of the NPCP, in 2017, about the perceptions of health professionals on the current policy and the challenges posed in mental health care, as well as to assess whether there are any effects in everyday practices and possible association with the aforementioned framework. A narrative review of the literature on mental health care practices produced by workers at primary care units was carried out. This survey was carried out in the main repositories, seeking studies that have interviewed these professionals on this main subject in the period between January 2018 and February 2020. After the literature review, 16 studies were analyzed and presented these main topics: social determinants and psychosocial vulnerability; professional categories, their training and teamwork; the challenges for mental health care in primary care; to plan mental health strategies in small towns; child and youth care; medicalization. The themes that emerged from the survey were analyzed by four dimensions: the actions performed and impasses encountered by Primary Care workers on mental health care; matrix support and the effects on the care provided; intra and intersectoral articulation and coordination of care by Primary Care; the conjuncture of the basic health units: infrastructure and processes of the different levels of management. Despite the fact that it was not possible to directly correlate the difficulties encountered in this review to the changes in policy, it is necessary to highlight the aggravation in recent years of the challenges for sustaining a substitutive model of mental health care in Primary Care.

Keywords: Mental health. Primary health care. Health policy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Relação dos artigos encontrados nas bases de dados a partir das chaves de busca .	27
Figura 2 - Diagrama do processo de seleção dos documentos	28
Figura 3 - Gráfico de distribuição dos trabalhos segundo os períodos de coleta de dados	29
Figura 4 - Categorias entrevistadas pelos estudos selecionados.....	30
Figura 5 - Gráfico de distribuição geográfica das pesquisas por região do país	30
Figura 6 - Classificação e descrição dos documentos analisados neste estudo	31
Figura 7 - Diagrama dos eixos temáticos presentes no levantamento	34

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1 O MODELO DE CUIDADO À SAÚDE MENTAL NO BRASIL	14
2.2 A ATENÇÃO BÁSICA E O MODELO DE SAÚDE DA FAMÍLIA	15
2.3 A CONSOLIDAÇÃO DO NASF ENQUANTO POLÍTICA PÚBLICA	17
2.4 A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	20
2.5 A REAFIRMAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA	21
2.6 A NOVA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA	23
3 OBJETIVOS	25
3.1 OBJETIVO GERAL.....	25
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
4 METODOLOGIA.....	26
5 RESULTADOS.....	29
6 DISCUSSÃO	35
6.1 AS AÇÕES REALIZADAS E IMPASSES ENCONTRADOS PELOS TRABALHADORES DA ATENÇÃO BÁSICA EM RELAÇÃO AO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL	35
6.2 O APOIO MATRICIAL E OS EFEITOS SOBRE O CUIDADO REALIZADO	41
6.3 A ARTICULAÇÃO INTRA E INTERSETORIAL E A COORDENAÇÃO DO CUIDADO PELA ATENÇÃO BÁSICA	43
6.4 A CONJUNTURA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: INFRAESTRUTURA E PROCESSOS DOS DIFERENTES NÍVEIS DE GESTÃO	45
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
REFERÊNCIAS	51

1 INTRODUÇÃO

Em minha trajetória na Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ), cursada entre os anos de 2020 e 2022, tive a oportunidade de mais uma vez estar próxima desse encontro entre o campo da saúde pública e a saúde mental. Este campo de interesse já havia feito parte dos meus estudos e práticas ao longo da minha formação enquanto psicóloga na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e durante a pós-graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP-FIOCRUZ). No entanto, durante o percurso da residência, meu encontro com este campo se deu em uma nova configuração, em novos lugares e ocupando novas posições em relação à rede de saúde.

Ao atuar nos campos da gestão ao longo da residência, vivenciei variadas perspectivas da rede de saúde do município do Rio de Janeiro e descobri novos olhares, diferentes questões e desafios e surpreendentes possibilidades. Entre meus cenários de prática relacionados a esse campo, pude acompanhar a gestão de um Centro de Atenção Psicossocial II, colaborar com os apoiadores de Saúde Mental (que se voltava principalmente para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e para os ambulatórios de Saúde Mental e Psiquiatria) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) de uma Área Programática na Zona Oeste e, posteriormente, participar da Superintendência de Saúde Mental (SSM), local onde atualmente trabalho.

No decorrer destas experiências, um ponto que constantemente me chamava a atenção era a articulação entre os serviços específicos de saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial, e as Unidades Básicas de Saúde, que no Rio de Janeiro podem ser as Clínicas da Família ou os Centros Municipais de Saúde. Em muitas situações a complexidade dos casos “de saúde mental”¹ se destacaram pela alta vulnerabilidade, assim como pelo acionamento dos mais variados serviços da rede (lançando luz sobre as mais diversas fragilidades). Tais situações eram debatidas em momentos como em reuniões de matriciamento², na supervisão

¹ Aqui, escrevo o termo entre aspas devido à ampla utilização desta denominação entre os profissionais de saúde para casos de usuários que apresentavam algum comprometimento emocional ou comportamental. Todavia, apesar de serem assim identificados, não manifestaram prejuízos que se resumiam apenas a esta dimensão de suas vidas. Por vezes, o olhar direcionado exclusivamente a este fator parcial resultava em barreiras de acesso à integralidade do cuidado.

² Estas reuniões ocorrem para articular o cuidado colaborativo, principalmente entre Atenção Básica, NASF e CAPS (por vezes alguns outros dispositivos da saúde são acionados como hospitais, ambulatórios e o Programa Saúde na Escola (PSE) ou até mesmo serviços intersetoriais como o Conselho Tutelar e as escolas do território), em relação a situações de usuários que demandam a construção de uma proposta terapêutica mais complexa no cotidiano do cuidado.

de território³, em encontros dos NASF⁴, em reuniões da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)⁵, na discussão de pautas entre a Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV) e a regulação ambulatorial do município. E, deste modo, chamavam a atenção pela alta complexidade envolvida, assim como pela grande dificuldade que os dispositivos de Atenção Básica apresentavam em verdadeiramente assumir o papel de coordenadores do cuidado (em sua concepção integral) para os usuários do território.

Nos espaços por onde circulei, era comum os trabalhadores da saúde, em suas falas associarem à precariedade do trabalho da Atenção Básica os efeitos dos quatro anos do governo de Marcelo Crivella no município do Rio de Janeiro, de 2017 a 2020, quando durante esta gestão o orçamento da saúde foi congelado, ocorreram sucessivos atrasos no pagamento dos salários, demissões de profissionais, cortes de equipes de saúde da família, escassez de medicações e redução do orçamento da saúde, resultando na queda da cobertura da Estratégia Saúde da Família de 63,6% para 50,5% (SAFFER; MATTOS; REGO, 2020). Assim como, também circulavam muitos apontamentos às mudanças a partir do Ministério da Saúde após a publicação da última Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2017.

Tendo em vista, por um ângulo, o horizonte de dificuldade da Atenção Básica em coordenar o cuidado dos usuários e, sob outro enfoque, o desmonte desta política vivenciado no município do Rio de Janeiro e pelo Ministério da Saúde, neste trabalho busquei articular as questões que me sugeriram para a realização desta pesquisa sobre o panorama da assistência aos usuários em sofrimento psíquico a partir do relato de profissionais da atenção básica acerca de suas perspectivas e desafios em múltiplos cenários do país. Este trabalho tem o intuito de analisar a produção científica no período posterior à publicação da Política Nacional de Atenção Básica, em 2017, acerca do entendimento desses trabalhadores sobre o cuidado em saúde mental e avaliar se há efeitos da atual política nas práticas por eles desempenhadas e nos obstáculos narrados.

Os principais prismas de análise para a fundamentação do presente estudo se dão a partir da trajetória de definição e instituição dos lugares de cuidado à saúde mental no Brasil,

³ No município do Rio de Janeiro essa atividade foi criada como consequência dos Fóruns de Saúde Mental, dispositivos nos quais se discutem as especificidades dos equipamentos de saúde e necessidades da população em cada área programática, todavia estavam suspensos durante a pandemia e, atualmente, se encontram em retomada. A supervisão territorial é realizada pelo supervisor do CAPS daquele território para discussão e orientação de conduta clínica acerca do manejo com os usuários em vulnerabilidade psicossocial.

⁴ As equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família têm reuniões periódicas entre a mesma área programática e com todo o município do Rio de Janeiro para diálogos acerca de orientações, fluxos e processos de trabalho, programas específicos, demandas de cada território.

⁵ Também existem reuniões periódicas da RAPS em cada área programática do município do Rio de Janeiro. Nesta atividade participam os gestores dos serviços especializados de saúde mental do território.

fundamentados pelas políticas de saúde enquanto marcos teóricos conceituais ao decorrer da história. Este percurso se deu em direção ao recorte de cuidado da saúde mental na Atenção Básica e o que hoje está posto enquanto desafio nesta instância a partir da última PNAB. Partindo do modelo de cuidado à Saúde Mental proposto pela Reforma Psiquiátrica Brasileira e o processo de desmanicomialização descortinado por este movimento, destaca-se a criação dos Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos para assistência ao sofrimento psíquico no território, valorizando a integração comunitária e a criação de possibilidades de vida. Tais mudanças foram legalmente possibilitadas pela promulgação da lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos desses usuários e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. A construção e os desafios da Atenção Básica à Saúde também são articulados visando contextualizar o histórico dos dispositivos de saúde sobre o qual o delineamento desta pesquisa se deteve. Peça fundamental para a análise deste paradigma de trabalho em saúde, retoma-se a consolidação do NASF enquanto política pública e sua aposta na função de apoio matricial. Evidencia-se a instauração da Rede de Atenção Psicossocial, tornando política pública o trabalho de convocação aos serviços intra e intersetorial para o cuidado colaborativo dos usuários em saúde mental. Por fim, concluímos a descrição da conjuntura retomando as mudanças e efeitos da revisão da Política Nacional da Atenção Básica publicada em 2017 na Portaria GM/MS nº 2.436.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O MODELO DE CUIDADO À SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Parte-se do modelo de cuidado à saúde mental através do campo da Atenção Psicossocial como um fio condutor para as análises deste estudo, tendo em vista os princípios e diretrizes de produção de saúde comuns aos movimentos contemporâneos da Reforma Psiquiátrica e da Reforma Sanitária. Nas palavras de Franco e Merhy (2003), o cuidado em saúde preconiza os seguintes elementos:

O acolhimento ao usuário, através da escuta qualificada, o compromisso em resolver seu problema de saúde, a criatividade posta a serviço do outro e ainda, a capacidade de estabelecer vínculo, formam a argamassa da micropolítica do processo de trabalho em saúde, com potência para a mudança do modelo e a produção do cuidado e da cura, visando a recuperação ou os ganhos de autonomia dos usuários-indivíduos ou coletivos, bem como da proteção e defesa da sua vida. Os pequenos atos do cotidiano dão perfil à nova assistência, quando articulados entre trabalhadores e usuários, numa dada situação onde um e outro colocam-se como sujeitos de um mesmo processo, da produção de saúde. (FRANCO; MERHY, 2003, p. 87-88).

Os movimentos de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica nos anos 1970 são pilares importantes para a construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e do campo da Atenção Psicossocial, tendo como base a conquista da saúde como um dever do Estado e direito de todos em meio ao processo de redemocratização nacional e elaboração da Constituição Cidadã de 1988. Essas mobilizações deram origem a um modelo assistencial essencialmente ligado ao campo dos direitos humanos e a “formas de construção de um novo lugar social para a loucura e a diferença” (AMARANTE; TORRE, 2017, p. 114).

Venturini (2016) aponta que as conquistas legislativas no campo da saúde mental são substratos necessários para o estabelecimento de um novo modelo de assistência. Essas, fortemente apoiadas pela participação popular, foram produzidas através da “luta para reivindicar a existência de uma subjetividade num terreno científico rigorosamente positivista; é a luta para revelar que o existente não é uma ‘natureza’ imutável e que a realidade e o projeto de nossa vida são aquilo que deles podemos fazer” (VENTURINI, 2016, p. 77). Apresentam novos caminhos para o desenho de um cuidado a partir de dispositivos substitutivos aos projetos anteriores de medicamentação e isolamento, priorizando lugares de troca social, de produção de relações, produção de vida e subjetividade, de ‘invenção da saúde’, de acordo com Rotelli (1990).

Após doze anos de disputa e tramitação no congresso, em 2001 foi sancionado o marco legal da Reforma Psiquiátrica, a lei 10.216 (BRASIL, 2001a). Ela postula sobre os direitos e a proteção das pessoas em sofrimento psíquico, regulamentando também as modalidades de internação. Tal fato resultou em críticas do movimento social, pois o texto aprovado, apesar de preconizar o acolhimento à crise no território e em hospitais gerais, não assegurou algumas das aspirações mais fundamentais: a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos de caráter asilar. Não menos importante, o documento aponta direcionamentos significativos para o cuidado: a preferência pelo tratamento em serviços comunitários, a responsabilização do Estado pela promoção de ações de saúde com a devida participação da sociedade e da família e a reinserção social do usuário como finalidade permanente do tratamento.

Entre os desdobramentos, a função dos dispositivos de saúde mental passou a ser a construção de possibilidades de mediações entre a sociedade e os sujeitos em sofrimento psíquico a partir de uma visão crítica sobre a excessiva patologização e do objetivo de promover formas de tratamento inclusivo, motes de funcionamento dos serviços de saúde pela diretriz da Atenção Psicossocial (AMARANTE; COSTA, 2012).

2.2 A ATENÇÃO BÁSICA E O MODELO DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Também a partir dos movimentos sociais da década de 1970, no período de luta pela redemocratização do país em meio a ditadura militar, esboçava-se o desenho de um projeto de política de saúde para o Brasil que foi galgando protagonismo ao passo que enfatizava a construção da atenção básica à saúde em um viés resolutivo, com vistas a prover cobertura para todo o território nacional. Um desenho assistencial que viabiliza o debate e a superação do modelo biologizante e médico-centrado, hegemônico até então (CECÍLIO; REIS, 2018).

A Constituição Brasileira de 1988 deu lugar a uma nova ordem social democrática. Neste documento postulou-se a conquista do ideário da saúde como direito do cidadão e dever do Estado, bandeira de uma concepção ampliada de saúde e cidadania, direcionado ao projeto tecnopolítico de um modelo assistencial voltado para a redução das iniquidades, fortemente agravadas no período anterior à sua promulgação (CECÍLIO; REIS, 2018).

As medidas reformistas implementadas até meados da década de 1990 foram essencialmente voltadas para o financiamento e descentralização das ações e serviços de saúde. Diante da ausência de uma discussão mais profunda no âmbito do Ministério da Saúde sobre a implementação de um novo modelo, ainda prevalecia no SUS o modelo de atenção

centralizado, com ênfase na doença e nas ações curativas ofertadas pelos hospitais. As ações de caráter preventivo mantiveram-se majoritariamente sob o predomínio da lógica dos programas verticais e das campanhas sanitárias. Neste contexto, alguns municípios construíram propostas alternativas e muito variadas em termos da organização da atenção, tendo como eixo norteador diferentes configurações de atenção básica (FAUSTO; MATTA, 2007).

As primeiras iniciativas do Ministério da Saúde dedicadas à alteração na organização da atenção à saúde com ênfase na atenção básica surgiram no momento em que foram estabelecidos o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994. Essas implantações representam marcos importantes, pois até então, mesmo com diversas experiências ocorrendo de modo disperso por todo o território brasileiro, ainda não havia sido formulado um modelo específico e nacional pelo viés da atenção básica. A abordagem preconizada pelo PACS e PSF trouxe a família e a comunidade como norteadores da organização da atenção à saúde quando, até então, tradicionalmente a abordagem individual centrada na doença dominava a ação programática da política em âmbito nacional. A prioridade inicial do PSF visava a expansão da cobertura em áreas de maior vulnerabilidade social e, aos poucos, tomou centralidade na agenda governamental. Em 1999, o Ministério da Saúde promoveu o PSF à estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde com vistas a reorientar o modelo assistencial e imprimir uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde (ESCOREL *et al.*, 2007). A Estratégia Saúde da Família (ESF) caracteriza-se como:

modelo alternativo que busca aliar a prática do cuidado individual à abordagem populacional na perspectiva da vigilância em saúde, integrar vigilância epidemiológica e sanitária, territorialização/distritalização, atenção clínica e políticas intersetoriais, ações programáticas e reorganização do atendimento à demanda espontânea com acolhimento centrado no usuário, consolidando diretrizes e princípios do SUS como universalidade, integralidade e equidade. (GIOVANELLA *et al.*, 2020, p. 1476).

Em 2006, através da promulgação da Portaria nº 648 de 28 de março (BRASIL, 2006a), com a publicação da primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), reconheceu-se a Saúde da Família como modelo substitutivo e de reorganização da AB, entretanto, ao revisarem as funções das Unidades Básicas de Saúde (UBS) foi reconhecida a existência de diferentes modalidades segundo o modelo de organização predominante - UBS com ou sem ESF. Os principais atributos formulados acerca dos cuidados básicos em saúde incorporados a este nível assistencial dizem respeito à sua importância como porta de entrada para a rede, sua abrangência e o viés da integralidade, continuidade e longitudinalidade, a

abordagem familiar, comunitária e sua competência cultural. Do mesmo modo, buscava-se enfatizar a potencialidade para busca ativa pelas pessoas, as possibilidades de vinculação com os trabalhadores e a coordenação dos fluxos assistenciais entre os diferentes níveis de atenção (MELO *et al.*, 2018).

Os atributos da APS, além de direcionarem políticas e práticas, incorporam princípios presentes na atuação e formação em Medicina de Família e Comunidade (MFC). É importante destacar que, mesmo representando respostas à prática médica especializada e à demanda por reformas sociais mais amplas, em grande parte esses programas para formação se baseavam em recortes focalizados de saúde e em elementos da prática médica liberal. Donnangelo (1979 *apud* GIOVANELLA *et al.*, 2020) argumentava a ressalva que a execução da proposta da Medicina Comunitária não mudava a forma anterior de conceber a atuação. Ainda que voltada para populações mais vulneráveis em seus territórios, continuava a realizar, apenas em outro contexto, a mesma medicina, sem crítica sobre as possibilidades de impacto social.

A publicação da PNAB representou um importante avanço e reconhecimento de esforços históricos por parte do movimento sanitário brasileiro. Ainda assim, em termos concretos e operacionais, naquele momento, não houve mudança significativa em relação ao que era adotado anteriormente. Nos anos que se seguiram, a partir da implementação dessa, agora, política estruturante do SUS, algumas iniciativas se sucederam visando o fortalecimento da Atenção Básica, como a inclusão da ideia de multiprofissionalidade e interdisciplinaridade da ESF a partir dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

2.3 A CONSOLIDAÇÃO DO NASF ENQUANTO POLÍTICA PÚBLICA

A partir da mudança do modelo de atenção à saúde com objetivo principal de ampliar e qualificar o cuidado nos serviços de base territorial, houve uma mudança fundamental na concepção e na forma como o cuidado deve ser ofertado. O centro não é mais a atenção hospitalar, tornando-se este um dispositivo complementar. O foco do cuidado em saúde passa a ser o mais próximo da rede familiar, social e cultural do usuário, para que seja possível a reapropriação de sua história de vida. A lógica do cuidado compartilhado prevê uma rede de ações, dispositivos de saúde e dispositivos comunitários que possibilitem que o processo de trabalho se organize tendo como eixo central o usuário e seu processo de saúde-adoecimento (BRASIL, 2009).

Em meio aos processos de reforma das organizações e do trabalho em saúde, o conceito de apoio matricial foi proposto com o objetivo de assegurar retaguarda assistencial

especializada e suporte técnico-pedagógico a equipes e profissionais encarregados da atenção à saúde. Visando à ampliação da clínica das equipes de Saúde da Família e superação do antigo fluxo de encaminhamentos indiscriminados através da lógica de corresponsabilização entre as equipes, com a construção de vínculos entre profissionais e usuários, pretendia alcançar maior resolutividade nas unidades básicas. Posteriormente, essa metodologia de gestão do cuidado foi adotada em serviços de saúde mental, de atenção básica e da área hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS). Algum tempo depois, os programas do Ministério da Saúde como as Políticas Nacionais de Humanização (BRASIL, 2003), Saúde Mental (BRASIL, 2004) e Atenção Básica/Saúde da Família (BRASIL, 2001b) também incorporaram essa perspectiva (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado como política pública em alinhamento com os diálogos intersetoriais e interdisciplinares dessas experiências exitosas, a partir da Portaria Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde (GM/MS) nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2008). O apoio matricial em saúde realizado pelo NASF tem a prerrogativa de cuidado junto às equipes de saúde para o fortalecimento das ações realizadas na atenção básica a partir de um olhar singular sobre os casos de saúde, e também de um viés coletivo sobre os determinantes sociais da saúde. É constituído por equipes de trabalhadores de diversas formações, atuando em articulação com as equipes da saúde da família e tem como objetivo apoiar e ampliar a resolutividade da Atenção Básica (BRASIL, 2008, 2011a).

A legislação para implementação do NASF destaca recursos financeiros específicos para a contratação de profissionais para atuarem na lógica do apoio matricial, auxiliando as equipes de saúde da família a organizar seu processo de trabalho, estimulando a metodologia da cogestão e do apoio nas relações entre a equipe. Visa o fortalecimento do cuidado através da constituição de equipes multiprofissionais para atuação com corresponsabilização, comprometidas com a produção de saúde e do cuidado em rede (CAMPOS *et al.*, 2014).

O exercício cotidiano do trabalho do NASF e das equipes de Saúde da Família envolve o desenvolvimento de disponibilidade afetiva, criatividade, capacidade de acolhimento e vínculo, bem como de corresponsabilidade no cuidado. A partir desses componentes é possível elaborar conjuntamente projetos terapêuticos e estratégias de reinserção social das pessoas em sofrimento psíquico. Entre as responsabilidades conjuntas neste cuidado colaborativo em Saúde Mental, o Ministério da Saúde elenca as seguintes diretrizes:

1. Responsabilidade pelo cuidado aos usuários de saúde mental do território, que deve ser compartilhada entre as equipes de Saúde da Família, NASF e dispositivos de saúde mental [...], permanecendo a coordenação do cuidado com a equipe de Saúde da Família.

2. Romper com a lógica do encaminhamento e da não responsabilização pós-referência.
3. Planejamento e realização do diagnóstico da situação de saúde mental da população do território, identificando os problemas mais frequentes e espaços de produção de vida.
4. Reuniões interdisciplinares periódicas para discussão de casos e educação permanente, onde podem ser incluídos materiais educativos e temas demandados pela equipe de Saúde Família ou dos profissionais do NASF.
5. Reuniões interdisciplinares periódicas entre todos os profissionais da equipe do NASF.
6. Atendimento compartilhado por meio de consultas conjuntas nas unidades, nos domicílios e outros espaços da comunidade. Essa estratégia deve proporcionar a avaliação de risco, o manejo dos casos com a elaboração de projetos terapêuticos, caracterizando-se como um processo de educação permanente, onde vários profissionais têm a oportunidade de aprender na prática cotidiana do atendimento das demandas de saúde mental.
7. Integração entre equipes de Saúde da Família, NASF e as redes de saúde e de apoio social – articulação com espaços comunitários, visitas aos serviços como residências terapêuticas, abrigos de crianças e de idosos, unidades socioeducativas etc.
8. Planejamento e execução conjunta de atividades comunitárias e terapêuticas (oficinas, grupos etc.) e de promoção da saúde (práticas corporais, atividades culturais e esportivas), além de atividades de geração de trabalho e renda. Essas intervenções necessitam ser desenvolvidas em conjunto com a equipe do Nasf. (BRASIL, 2009, p. 44).

No que diz respeito às ações em saúde mental desenvolvidas pelos profissionais do NASF, este documento norteador do Ministério da Saúde (Brasil, 2009) sustenta um modelo de atenção que dialoga com o modelo de cuidado preconizado pela Reforma Psiquiátrica e Atenção Psicossocial. O NASF deve proporcionar apoio às equipes de Saúde da Família na abordagem aos usuários e na gestão do processo de trabalho, ressaltando também a articulação entre essas equipes e os CAPS para elaborar estratégias de intervenção e compartilhar o cuidado para um trabalho integrado nos casos necessários, a depender dos recursos existentes no território. Em relação aos casos de uso prejudicial de álcool e outras drogas, são preconizadas as estratégias de redução de danos, inclusive realizando detecção precoce de usuários que necessitam desse cuidado. Deve possibilitar a construção de projetos de detecção precoce de situações de sofrimento mental, bem como desenvolver ações de prevenção e promoção. Também visa fomentar ações que visem à difusão de uma cultura solidária e inclusiva, diminuindo o preconceito e a segregação com a loucura, assim como, incentivar e apoiar a organização de iniciativas de inclusão social pelo trabalho. A ampliação do vínculo com as famílias e com a comunidade, deve tomá-las como parceiras fundamentais no tratamento e buscando constituir redes de apoio e integração através da mobilização de recursos comunitários, buscando construir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade, como grupos comunitários e de promoção de saúde, oficinas de geração de renda e outras, destacando a relevância da articulação intersetorial com instituições como conselhos tutelares, associações de bairro, grupos comunitários. O documento também menciona as atividades de auxílio no monitoramento e avaliação das ações de saúde mental na Saúde da Família, como identificação, cadastramento, registro, acompanhamento e avaliação dos seus indicadores e marcadores (BRASIL, 2009).

Todavia, ao passo que o NASF era implementado aos poucos pelos municípios brasileiros, os planejamentos para sua atuação na prática se deram no sentido de buscar resoluções para problemas de longa data, como por exemplo as dificuldades na organização dos processos de trabalho nos serviços de atenção básica e a baixa integração com demais serviços das redes dos territórios, questões que impactam diretamente a atuação destes profissionais (CORREIA; GOULART; FURTADO, 2017; MELO *et al.*, 2018).

2.4 A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

O Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006b) é um conjunto de reformas institucionais do SUS definido entre a União, Estados e Municípios, com o objetivo de estabelecer acordos de compromissos mútuos sobre metas e atribuições de cada esfera de gestão frente às necessidades de saúde da população. O documento também modifica as formas de transferência dos recursos federais para estados e municípios, visando destacar seu forte componente de regionalização com o intuito de orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e a organização da Rede de Atenção à Saúde (processo estabelecido pela Portaria nº 4.279, de 2010).

Dentre os eixos de cuidado contemplados pela reorientação do modelo assistencial, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é instituída pela portaria GM/MS 3.088 de 2011, com o escopo de “criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde 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 (SUS)” (BRASIL, 2011b, p. 1). Objetivamente não traz maiores novidades, os dispositivos substitutivos já existiam nesta linha de cuidado, todavia, a RAPS tenta trazer incentivos para a estruturação destes pontos interligados de atenção, deixando mais explícito o lugar esperado para cada um destes pontos. Desta forma, espera-se ampliar o acesso à atenção psicossocial da população geral por meio da organização regionalizada dos serviços de saúde com o estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado. A portaria que enuncia a articulação de pontos de atenção à saúde enquanto rede, reafirma valores existentes, destaca a importância da implantação de novos dispositivos, a expansão da cobertura, orienta a criação de grupos de trabalho e até mesmo faz menção ao financiamento, todavia não há um planejamento concreto para sua efetivação.

A portaria define as diretrizes da RAPS, seus objetivos gerais, objetivos específicos e os pontos que compõem a Rede, caracterizando cada um deles. Destaca-se, entre os objetivos

da RAPS, o de “garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências” (BRASIL, 2011b, p. 2). Compõem essa rede: atenção básica, atenção psicossocial estratégica, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial. Portanto, com a instituição da RAPS, os serviços da Atenção Básica (reconhecidamente com maior potencial de capilaridade no território) passam a ser oficialmente pontos de atenção à Saúde Mental. São eles as Unidades Básicas de Saúde, as Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas⁶, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e os Centros de Convivência. Como consequência, toda a equipe básica (médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde), assim como os profissionais da equipe multidisciplinar, têm ratificado como atributo o cuidado em saúde mental e passam a fazer parte da Atenção Psicossocial. No que tange ao NASF, estes profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuando de maneira integrada, são responsáveis por dar apoio nestas ações de cuidado às equipes da Unidade Básica de Saúde.

2.5 A REAFIRMAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

Entre os nós críticos da Atenção Básica no país, ao final dos anos 2000, estavam alguns problemas estruturais e outros de ordem da gestão dos serviços de saúde, entre eles: a infraestrutura inadequada das unidades básicas de saúde, a dificuldade do funcionamento da Atenção Básica em rede de serviços integrada com diferentes complexidades, o subfinanciamento desta estrutura e a dificuldade quanto à inserção, bem como a fixação (em especial de médicos) e a qualificação de profissionais nesses serviços. A partir do acúmulo de experiências bem sucedidas e na busca pelo enfrentamento dos problemas encontrados, teve início um importante movimento para a revisão da PNAB, visando a reorganização do modelo de Atenção Básica em acordo com a ratificação dos valores e diretrizes preconizados pela Estratégia Saúde da Família e a necessidade de inclusão das mudanças ocorridas desde sua implementação (MELO *et al.*, 2018; CAMPOS; PEREIRA JUNIOR, 2016).

No início de 2011, o Ministério da Saúde se apresenta comprometido em encontrar soluções para um ponto primordial da Atenção Básica: a consolidação de sua função como

⁶ Neste ponto, a legislação faz menção a pessoas em sofrimento mental, pessoas em uso abusivo de crack, álcool e outras drogas mentais, assim como, a pessoas em situação de rua.

organizadora do acesso e coordenadora do cuidado na rede de serviços de saúde. Neste mesmo ano foi publicada a segunda edição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) através da Portaria 2.488/2011 (BRASIL, 2011-a). O documento mantinha essencialmente a estrutura da versão anterior, mas, além disso, incluía importantes inovações que visavam à ampliação do acesso, da cobertura e da resolubilidade. Dentre os destaques deste período, encontramos a flexibilidade da carga horária médica, a introdução de novos arranjos de equipes (como a equipe dos consultórios na rua, equipes de saúde ribeirinhas e fluviais, e a incorporação do NASF na política) e a implantação do e-SUS AB (um prontuário eletrônico gratuito para os municípios), do Requalifica UBS, do Programa Mais Médicos e do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (ALMEIDA *et al.*, 2018).

Para aporte financeiro a essas iniciativas, foi organizado incremento no orçamento federal na Atenção Básica. Todavia, agravou-se a baixa participação da esfera de governo estadual, ao passo que houve aumento da carga de responsabilidade dos municípios no financiamento do SUS ao longo dos anos. Estes gestores reivindicavam maior autonomia, apoio financeiro e provimento de médicos. A partir deste contexto, os anos de 2014 e 2015 foram marcados pelo início de grave crise política e econômica no País, com significativo impacto sobre o SUS. O golpe tecido desde a reeleição da presidenta Dilma Rousseff em 2014 por segmentos da mídia, da classe média, do Parlamento e do Judiciário resultou em sua retirada do cargo para o qual fora legitimamente eleita. O movimento rompeu o pacto social estabelecido desde o final da ditadura, atacou a democracia e suprimiu um conjunto de direitos civis, sociais e políticos ao passo que abriu caminhos para uma forte pauta neoliberal em detrimento das políticas sociais (PAIM, 2018). A falta de prioridade ao SUS e os ataques visando ao seu desmonte foram reforçados pela crise econômica, pelas políticas de austeridade fiscal e, especialmente, em 2016 quando foi aprovada a Emenda Constitucional nº 95 (BRASIL, 2016), congelando os gastos com saúde e educação por 20 anos, prevendo reajustes apenas com base na inflação, através de um discurso sob a justificativa da eficiência econômica (MELO *et al.*, 2018).

Diversos programas e estratégias foram implementadas na busca de ampliar o acesso e a integralidade do cuidado na atenção básica. Entretanto, se mantém o desafio da baixa resolubilidade desses serviços. Em 2017 ocorreram mais mudanças nas regras do financiamento federal do SUS e, em meio ao cenário de crise e diante de muitos protestos, foi pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do SUS, neste mesmo ano, a instituição de uma nova PNAB de modo que fosse discutido, sobretudo, a ampliação do financiamento federal para outras modalidades de organização da atenção básica, a possibilidade de novos

arranjos na composição da ESF, a composição e carga horária de profissionais, e os critérios de distribuição de habitantes por equipe (GIOVANELLA *et al.*, 2020).

2.6 A NOVA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

Os princípios e diretrizes gerais na PNAB de 2017 não trazem mudanças significativas quando comparados ao texto das antigas edições. Contudo, nota-se importantes distinções e possíveis implicações em atribuições do modelo assistencial a partir da ESF, como: o reconhecimento financeiro de outros modelos de atenção básica que não o modelo da ESF, ainda que esta se mantenha prioritária; a drástica diminuição e até mesmo a ausência do Agente Comunitário de Saúde nas equipes ao vincular esses profissionais não mais a todo o território e, além disso, ao aumentar suas atribuições, unificando suas ações com as do Agente de Controle de Endemias e conferindo competências desempenhadas pelos técnicos de enfermagem (afetando diretamente os componentes de orientação e mobilização comunitárias, de compreensão e inserção territorial e de promoção da saúde); as Equipes de Atenção Básica previstas com carga horária mínima de dez horas dos seus profissionais, favorecendo a atuação médica com orientação à atenção curativa e controle de riscos individualmente; a descontinuidade da carga horária destinada a ações de formação, educação permanente, apoio matricial; a diferenciação das ações e serviços, classificados a partir dos conceitos de padrão essencial e ampliado, voltados para procedimentos básicos e ampliados de acesso e qualidade, apresentando uma carteira de serviços sem maiores detalhes, faz-se necessário apontar o risco na construção de um modelo de cuidado simplificado e seletivo (MELO *et al.*, 2018).

A mudança de nomenclatura do NASF (a partir de então, Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, NASF-AB) parece anunciar outra concepção de trabalho a ser desenvolvido, assim como a extinção de seu credenciamento e financiamento federal (ocasionando uma provável descontinuidade das ações anteriormente executadas por estes profissionais tendo em vista as possibilidades concretas de não sustentação financeira deste trabalho por diversos municípios sem o aporte financeiro da União). Tendo em vista esta direção política, as ideias de multiprofissionalidade e interdisciplinaridade tendem a desaparecer em médio prazo, sendo, então, este trabalho substituído por equipes majoritariamente formadas por um médico e um enfermeiro (GIOVANELLA *et al.*, 2020).

Outras descontinuidades observadas na edição de 2017 da PNAB são: a retirada da palavra “democrática” na descrição de práticas de cuidado e de gestão; o princípio da “humanização” também está ausente entre aqueles enunciados; um deslocamento acerca da

definição de população coberta pelos Agentes Comunitários - não mais 100% da população coberta pela equipe ESF, mas 100% da população em condições de maior risco e vulnerabilidade; proposta de integração entre vigilância e atenção básica com recomendação de unificação das ações dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias (MELO *et al.*, 2018).

Para além das diferenças apresentadas também foi instituído um novo modelo de financiamento da Atenção Básica. O Piso de Atenção Básica fixo e o variável para incentivo às equipes SF e NASF foram substituídos por um pagamento por captação ponderada, calculado a partir do número de pessoas cadastradas nas equipes, podendo ter drástico efeito sobre o modelo assistencial preconizado até então (GIOVANELLA *et al.*, 2020).

Retomo então a aspiração deste trabalho em entender hoje quais os efeitos atuais no que diz respeito ao cuidado da saúde mental na Atenção Básica. Para isso, realizei uma revisão narrativa a respeito da perspectiva dos trabalhadores sobre essa temática visando compreender, com esta pesquisa, não só os atuais desafios do cuidado dos usuários em sofrimento psíquico na Atenção Básica, mas se já existem traços do impacto relativo às últimas mudanças na política.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a produção científica no período posterior à publicação da Política Nacional de Atenção Básica, em 2017, e anterior à pandemia do Coronavírus (COVID-19), acerca das percepções dos profissionais da Atenção Básica sobre os efeitos da atual política e os desafios colocados no cuidado em saúde mental e avaliar se há efeitos nas práticas cotidianas, assim como possível associação ao marco supracitado.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Realizar revisão narrativa sobre a produção científica brasileira acerca das percepções dos profissionais de saúde da Atenção Básica sobre o cuidado em saúde mental desde a publicação da última Política Nacional de Atenção Básica, em 2017, até o momento pré-pandemia do Coronavírus (COVID-19);

Verificar se há efeitos relatados dessa política no cuidado em saúde mental a partir da percepção dos próprios trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde;

Analisar o contexto, os desafios e possibilidades do cuidado em saúde mental na Atenção Básica a partir da fala desses trabalhadores.

4 METODOLOGIA

O presente estudo parte de uma revisão narrativa da literatura sobre as práticas de cuidado em saúde mental executadas por profissionais de saúde nas unidades de Atenção Básica desde a publicação da última Política Nacional de Atenção Básica, em 2017, até o momento pré-pandemia do Coronavírus (COVID-19), em 2020. Tal recorte temporal visa analisar os possíveis efeitos da publicação da última PNAB sobre o cuidado produzido e busca excluir os efeitos da pandemia de COVID-19 nos processos de trabalho da Atenção Básica pois, caso o período pandêmico tivesse sido incluído, traria um novo e específico trabalho: não só sobre os efeitos da política, mas sobre as consequências da pandemia para os serviços de saúde mental e atenção básica que se inscrevem em um novo e mais profundo desafio.

O objetivo de uma revisão narrativa é analisar as produções bibliográficas nesta determinada área buscando descrever e discutir o estado da arte sobre um tema específico, evidenciando novas ideias, métodos, subtemas que têm recebido maior ou menor ênfase na literatura selecionada (NORONHA; FERREIRA, 2000). Dessa forma, para a busca foram escolhidas as seguintes bases de dados: *SCiELO* (<http://www.scielo.br/?lng=pt>) e *Biblioteca Virtual em Saúde* (<https://bvsalud.org/>), *Portal CAPES* (<https://www.periodicos.capes.gov.br>) e *Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações - BDTD* (<https://btdt.ibict.br/>) com o objetivo de identificar os olhares dos trabalhadores da Atenção Básica sobre suas práticas de cuidado em saúde mental a partir das publicações na literatura científica do tema. O acesso às bases de dados ocorreu no período de outubro de 2021 a janeiro de 2022. Foi consultada para seleção dos descritores a lista dos *Descritores de Ciências da Saúde* (DeCs), vinculada à BVS. Para a utilização dos mesmos optou-se por empregar o operador booleanos AND entre os descritores.

Foram utilizadas duas estratégias de busca através dos seguintes descritores: "Atenção Primária à Saúde" AND "Saúde Mental" e "Atenção Básica à Saúde"⁷ AND "Saúde Mental". Pela primeira estratégia de busca, foram encontrados 2748 resultados, já no segundo recorte, 2070. Os critérios de filtros utilizados foram: texto completo disponível,

⁷ Aqui, buscou-se utilizar os dois descritores para alcançar estudos sobre este nível de atenção que contemplem pesquisas atreladas a ambos os conceitos (Atenção Primária e Atenção Básica) em debate.

idioma português e ano de publicação de 2018 a 2021⁸. Para a primeira chave restaram 386 documentos e para a segunda, 195.

Os resultados foram organizados na tabela a seguir.

Figura 1 - Relação dos artigos encontrados nas bases de dados a partir das chaves de busca

Chave de Busca	Base de dados	Sem filtro	Com filtro	Total
"Atenção Primária à Saúde" AND "Saúde Mental"	Scielo	1779	108	386
	BVS	613	198	
	Portal CAPES	218	50	
	BDTD	138	30	
"Atenção Básica à Saúde" AND "Saúde Mental"	Scielo	1779	108	195
	BVS	171	63	
	Portal CAPES	66	18	
	BDTD	54	6	

Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados observados.

Ao realizar o levantamento dos 581 documentos, verificou-se a existência de publicações duplicadas. Deste modo, foi feita uma limpeza das duplicações em cada uma das chaves de busca nas plataformas e totalizaram-se 296 documentos. Através da leitura de título e resumo, permaneceram aqueles que indicavam a temática das práticas em saúde mental na atenção básica, ao todo, 118 estudos.

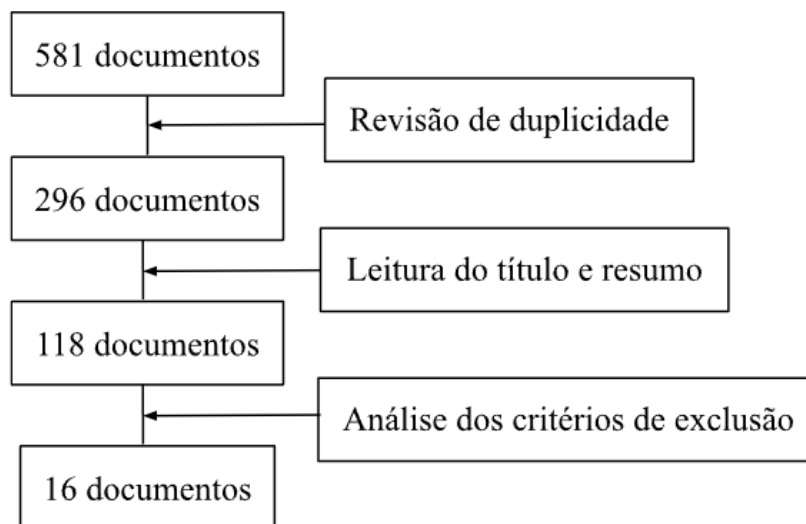
Neste material foram aplicados os seguintes critérios de seleção do material a ser revisado: o escopo dessas pesquisas de fato era o cuidado produzido em saúde mental na Atenção Básica e a metodologia de coleta de dados desses documentos privilegiava a entrevista realizada diretamente com os trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde.

Foram excluídos os materiais que não contemplavam a questão desta pesquisa, aqueles que não mencionaram a data da coleta de dados ou que haviam sido realizados antes de janeiro de 2018 e após março de 2020, assim como aquelas pesquisas que não foram

⁸ Esse período temporal foi selecionado buscando um maior escopo para se encontrar as práticas realizadas após a mudança da Política Nacional de Atenção Básica, em 2017, e antes de toda a reorganização atípica realizada na rede de Atenção Básica do país durante a pandemia de Coronavírus (anunciada em março de 2020).

realizadas com profissionais de saúde da Atenção Básica. A seguir o diagrama demonstra o processo de seleção dos documentos para a pesquisa.

Figura 2 - Diagrama do processo de seleção dos documentos



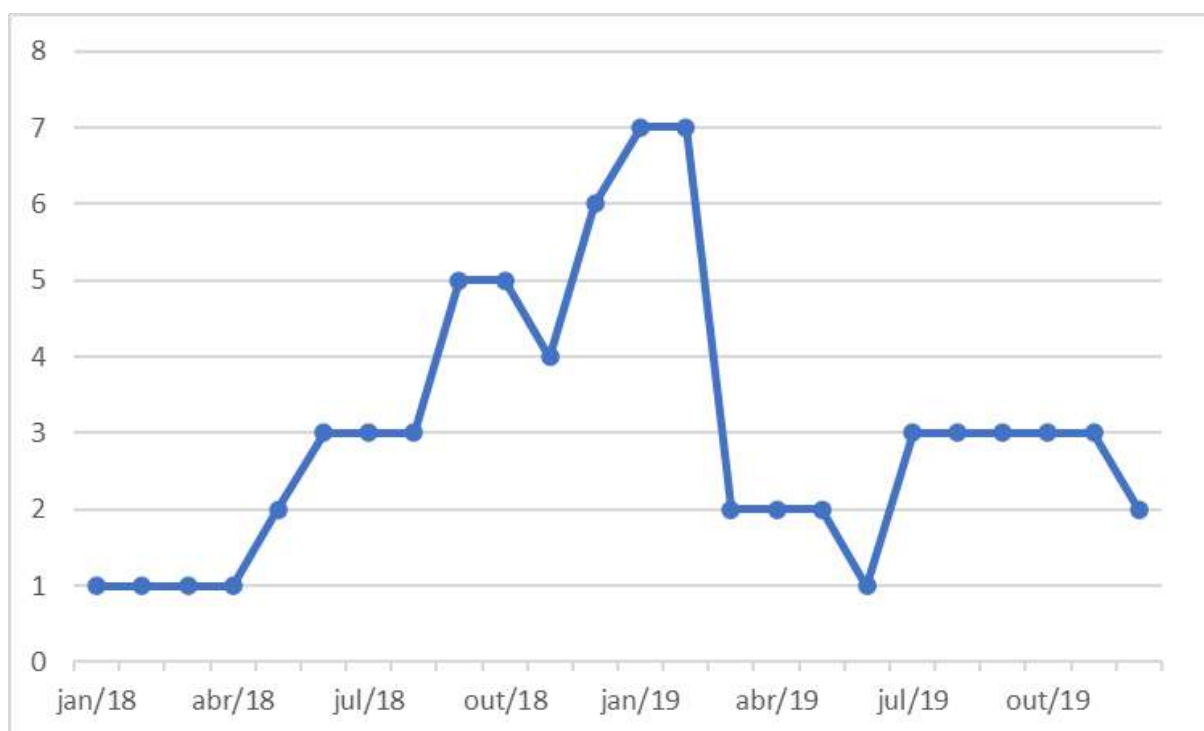
Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados observados.

A partir dos resultados obtidos, identificou-se que os principais tópicos abordados lançavam luz sobre dimensões presentes na maioria dos estudos selecionados. Estas sendo: as ações realizadas e impasses encontrados pelos trabalhadores da Atenção Básica em relação ao cuidado em Saúde Mental; a dimensão do Apoio Matricial e os efeitos sobre o cuidado realizado; a articulação intra e intersectorial e a coordenação do cuidado pela Atenção Básica; e a conjuntura das unidades básicas de saúde pesquisadas no que diz respeito à infraestrutura da rede de saúde, bem como aos processos de gestão das unidades e das esferas municipais nos territórios abordados. Buscou-se destacar também as singularidades de cada estudo em relação a estes pontos e tais questões serão expostas mais detidamente na discussão deste trabalho.

5 RESULTADOS

Após as etapas de levantamento e seleção de documentos, foram revisados neste trabalho 16 estudos. Entre os quais, dez foram publicadas como artigos, quatro são dissertações e há também duas teses. A coleta de dados dos trabalhos selecionados se deu no período entre janeiro de 2018 e dezembro de 2019, conforme a seguinte distribuição temporal:

Figura 3 - Gráfico de distribuição dos trabalhos segundo os períodos de coleta de dados



Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados observados.

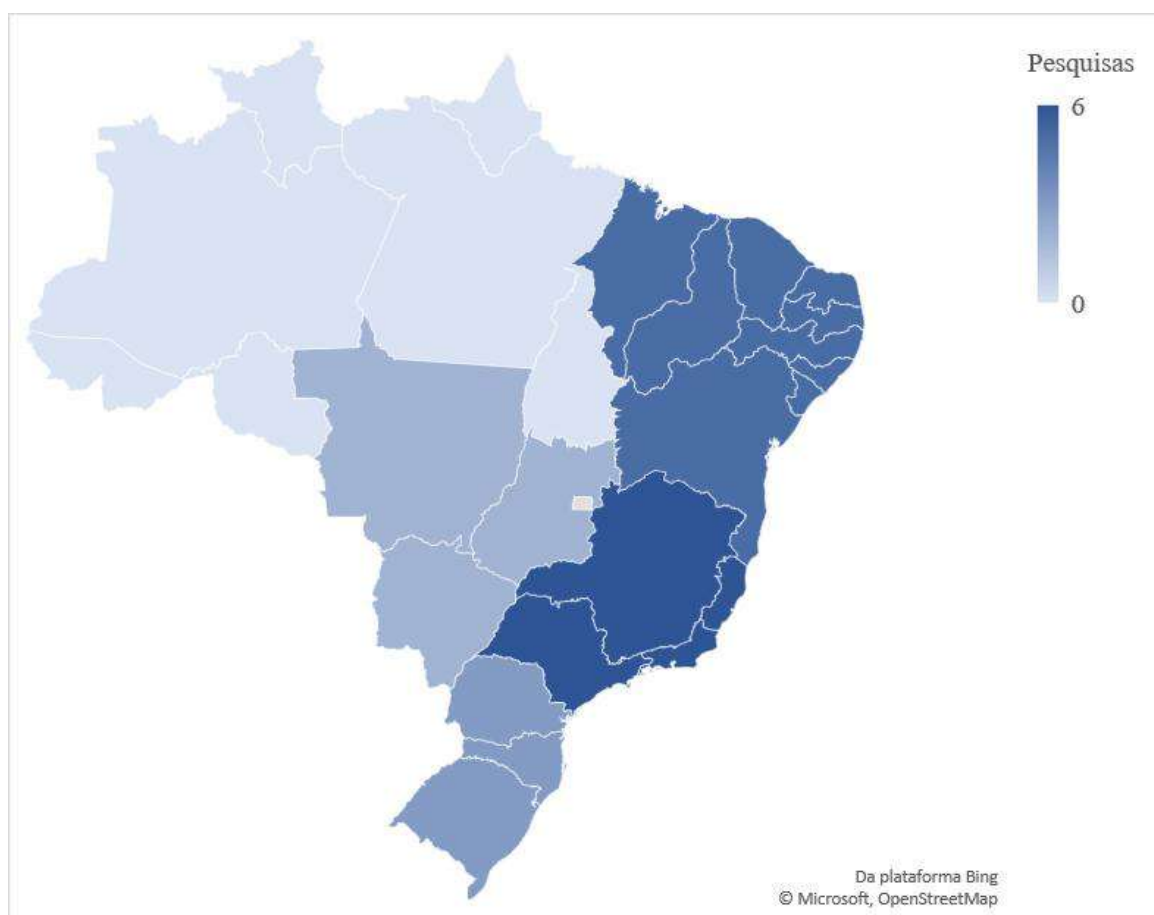
Todos os trabalhos selecionados são estudos qualitativos que tiveram como objeto de pesquisa as práticas de cuidado em saúde mental realizadas em unidades básicas de saúde. Cinco desses registros coletaram dados de uma categoria específica de profissionais da Equipe Mínima da Estratégia de Saúde da Família - EqSF (um apenas com agentes comunitários de saúde, três somente abordaram enfermeiros e um, médicos), quatro estudos foram realizados com diferentes trabalhadores das unidades básicas, três trabalhos foram feitos com profissionais da estratégia e equipes de matriciamento, dois documentos pesquisaram equipes e usuários das unidades básicas de saúde, uma pesquisa foi produzida com equipes, usuários e gestores e, por fim, um com gestores e trabalhadores das unidades básicas, conforme pode se observar na tabela a seguir:

Figura 4 - Categorias entrevistadas pelos estudos selecionados

Número de estudos	Categorias entrevistadas
5	Uma categoria específica de profissionais da EqSF
4	Diferentes trabalhadores das unidades básicas
3	Profissionais da ESF e equipes de matriciamento
2	EqSF e usuários da UBS
1	EqSF, usuários e gestores
1	Gestores e trabalhadores da UBS

Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados observados.

Dois pesquisas coletaram dados na região Centro-Oeste do país, três estudaram práticas na região Sul, cinco foram realizadas no Nordeste e seis trabalhos coletaram dados na região Sudeste, conforme gráfico de distribuição espacial em seguida. Não houve nenhum trabalho com coleta de dados na região Norte do Brasil entre os documentos selecionados segundo os critérios deste trabalho.

Figura 5 - Gráfico de distribuição geográfica das pesquisas por região do país

Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados observados.

A fim de definir e organizar o conteúdo dos 16 documentos selecionados, foram definidas seis variáveis: “*Título*”; “*Autor(es)*”; “*Periódico*”; “*Período de coleta dos dados*”; e “*Definição sintética*”(objetivo do estudo e resultados principais). Desta maneira, foram apresentadas no quadro a seguir.

Figura 6 - Classificação e descrição dos documentos analisados neste estudo

Título	Autores	Periódico	Período de coleta de dados	Definição sintética
O cuidado ao sofrimento psíquico nos territórios: a saúde mental (re)vista pela Atenção Básica	Garcia, CC	Dissertação Psicologia - FCLAS/UNESP	De 2018 a 2019	Mapear e analisar as modalidades de cuidado, atenção e promoção em saúde mental disponibilizados pela Atenção Básica em um município de até 20.000 habitantes, que não contasse com equipamentos especializados de Atenção Psicossocial. A inclusão do cuidado e da promoção de saúde mental na Estratégia de Saúde da Família como prática reconhecida ainda é uma situação complexa a ser superada, mas fica evidente que as ações promovidas pela Atenção Básica voltadas ao cuidado da saúde mental estão permeando tudo que as equipes fazem, o tempo todo. é preciso fortalecer a Atenção Básica para que seus trabalhadores consigam reconhecer seus saberes e sua potência em lidar com as subjetividades.
Saúde mental na Atenção Primária: desafios para a resolutividade das ações	Rotoli, A <i>et al.</i>	Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem	Em abril de 2018	Identificar os desafios enfrentados pelos profissionais para agregar resolutividade às ações de saúde mental desenvolvidas no âmbito da Atenção Primária. Os desafios apontados para agregar resolutividade às ações estão relacionados com a lacuna de conhecimentos específicos para sustentar o que os profissionais desenvolvem; com a organização dos serviços e a participação dos gestores; e com a ambivalência da pessoa com transtorno mental em relação à aceitação e continuidade do tratamento.
Ações de Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: Perspectivas para a Enfermagem	Stival, APC	Dissertação FEN/UFG	Em maio de 2018	Discutir aspectos relacionados ao processo de integração das ações de saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS), tendo em vista a necessidade de ampliar o cuidado em saúde mental às pessoas da comunidade no território. Observou-se que o cuidado em saúde mental na APS, na perspectiva da enfermagem, abrange três dimensões: a reorganização/gestão do processo de trabalho de enfermagem, mudança de postura do profissional e planos efetivos de educação permanente, sinaliza a viabilidade de instituir planos de educação permanente aos profissionais que estão à frente da APS, diante da premente necessidade apontada pelos próprios participantes nas discussões empreendidas ao longo do desenvolvimento da pesquisa, assim como releva o Planejamento Estratégico Situacional como estratégia importante de reflexão das ações de cuidado em saúde mental na esfera da APS.
Vulnerabilidade programática: avaliação participativa do cuidado em Saúde Mental em uma estratégia de Saúde da Família	Botega, MSX	Tese EENF/UFRGS	De maio à outubro de 2018	Avaliar o cuidado em saúde mental em uma Estratégia de Saúde da Família na perspectiva vulnerabilidade programática. Enfrentar as situações de vulnerabilidade programática no Cuidado em Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família pressupõe ampliar e garantir o acesso das usuárias aos serviços de saúde da Rede de Atenção Psicossocial, tendo em vista as necessidades e iniquidades que constituem barreiras, como a situação socioeconômica, o contexto de violência, o estigma, o modo que as usuárias são acolhidas, a falta de recursos materiais e humanos, a comunicação entre as profissionais das equipes de saúde, a interlocução entre os serviços da Rede de Atenção à Saúde Mental com outros setores, como educação, justiça, cultura e Assistência Social, a participação social, o acesso à informação de qualidade e a corresponsabilização.

Competência Cultural no Matriciamento em Saúde Mental	Muller, MR	Tese IMS/UERJ	De junho à julho de 2018	Observar se e como a diversidade cultural e as configurações culturais específicas dos serviços e de suas comunidades são reconhecidas como impasses e/ou potencialidades ao planejamento terapêutico negociado entre profissionais de saúde da família e matriciadores de saúde mental. Embora os profissionais percebam os condicionantes socioculturais relacionados aos casos clínicos e às interações com usuários, comunidade e entre profissionais, a noção de competência cultural se mostrou insuficiente para uma compreensão ampliada e crítica da diversidade cultural, demonstrando a necessidade de estimular o debate em torno da dimensão sociocultural, a partir das particularidades das reformas sanitária e psiquiátrica brasileiras.
Cuidado em saúde mental no contexto da atenção primária: contribuições da enfermagem	De Souza, SM; Costa, LSP; Jorge, MSB	Revista Baiana de Saúde Pública	De setembro à dezembro de 2018	Analisar as contribuições da enfermagem para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. O cuidado em saúde mental no contexto da APS ainda é permeado por vários obstáculos, demonstrando fragilidade na formação dos profissionais e/ou desinteresse por esse tipo de atendimento. Ademais, a prática do apoio matricial pode contribuir para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária, embora este se encontre fragilizado. Com isso, apreende-se que o profissional enfermeiro precisa apropriar-se mais do cuidado em saúde mental no contexto da APS, assim como as ações em rede e o apoio matricial necessitam ser mais bem desenvolvidos.
Moralidades sobre o uso problemático de álcool em uma unidade da Estratégia Saúde da Família no Rio de Janeiro	Carvalho, VAL	Dissertação IMS/UERJ	De agosto à dezembro de 2018	Analisar as práticas e discursos da ESF em relação ao uso de álcool. Não existe um único caminho para colocar em prática o acesso universal à saúde e a diminuição das desigualdades, a compreensão da saúde como um direito humano fundamental. Pelo contrário, desde a concepção dessas políticas de saúde, que tomam como ponto de partida esses ideais, até a sua aplicação em um contexto específico, o caminho é atravessado por ambiguidades, singularidades e disputas.
A percepção e a prática dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a Saúde Mental	Pereira, RMP; Amorim, FF; Gondim, MFN	Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação	De setembro de 2018 à janeiro de 2019	Conhecer a percepção e a prática dos profissionais sobre a Saúde Mental na APS para contribuir no esclarecimento das dificuldades percebidas. Foram identificadas barreiras como incapacidade em lidar com demandas de Saúde Mental, receio no contato com usuário, falta de processos de trabalho específicos para a Saúde Mental e incompreensão de como realizar o acompanhamento e a interlocução entre os serviços de saúde de forma a garantir a integralidade. O entrave principal se dá em como fazer, necessitando intervenções efetivas de Educação Permanente.
Contribuições do enfermeiro para o apoio matricial em saúde mental na atenção básica	Pinheiro, GEW; Kantorski, LP	Revista de Enfermagem da UFSM	De dezembro de 2018 à fevereiro de 2019	Identificar as contribuições do enfermeiro no contexto do apoio matricial em saúde mental na atenção básica. O enfermeiro contribui com o apoio matricial à medida que atua na inclusão dos núcleos junto às equipes, no exercício do gerenciamento e da liderança, do cuidado compartilhado e na mediação das ações de saúde mental no território.
Tecituras do cuidado: a Saúde Mental cartografada na Atenção Primária	Bezerra, JP; Moreno Neto, JL	Interface - Comunicação, Saúde, Educação	De dezembro de 2018 à fevereiro de 2019	Mapear a rede de cuidados em Saúde Mental em uma Unidade de Saúde da Família (USF) de Salvador, Bahia, Brasil, traçando as relações do cuidado para compreender as convergências e controvérsias da abordagem psicossocial na Atenção Primária à Saúde. Analisaram-se: situação de agudização do sofrimento; relação entre pessoas da equipe de saúde; construção da responsabilização familiar; e embate entre agenciamento e determinação. Os elementos emergentes convergiram para o intuito de elaborar meios possíveis de lidar com o adoecimento, na relação consigo e com o outro, em vez de priorizar a adequação a uma norma social do que é o ser saudável.

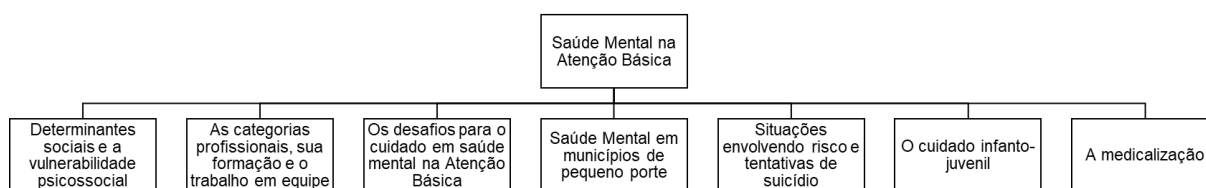
A Saúde Mental Infantojuvenil e a Atenção Básica: um estudo de caso	Santos, ASMD	Dissertação UNASUS/UNIFE SP	De janeiro a fevereiro de 2019	Compreender o cuidado em saúde mental das crianças e adolescentes dentro da Atenção Básica. Ainda está em construção. Fazem-se necessárias importantes adequações à prática desenvolvida para que haja a concretização do modelo proposto. A AB ainda não dispõe de recursos humanos e materiais compatíveis para responder a esta demanda que se apresenta de forma diária e crescente nas UBS. A articulação entre serviços e setores, como proposta para garantir a integralidade e longitudinalidade na assistência, ainda é incipiente, mesmo para casos graves e complexos de saúde mental infantojuvenil. O cuidado preconizado a esse público ainda apresenta muitos e importantes desafios a serem enfrentados, para que se traduza em desenvolvimento positivo àqueles sujeitos, em uma ética de inclusão e construção de cidadania nas comunidades.
Pesquisa-ação sobre saberes e práticas de agentes comunitários de saúde acerca da prevenção do comportamento suicida	Silva Junior, FJG <i>et al.</i>	Interface - Comunicação, Saúde, Educação	De janeiro à fevereiro de 2019	Analisar saberes e práticas de agentes comunitários de saúde (ACS) sobre prevenção do comportamento suicida. Os saberes dos ACS apontam para a relação entre comportamento suicida com perdas (materiais e afetivas), adoecimento mental, isolamento e uso de substâncias psicoativas. Na prática, a prevenção do comportamento suicida envolve avaliação das pessoas em situação de risco por meio do reconhecimento de sinais de alerta; fortalecimento dos vínculos familiares, sociais e religiosos; e apoio do setor de Saúde. Portanto, faz-se necessário que os ACS sejam qualificados para rastreamento de pessoas em situação de risco para comportamento suicida.
Medicalização da vida nas práticas vinculadas à estratégia saúde da família	Filardi, AFR <i>et al.</i>	Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental	De fevereiro à março de 2019	Realizar a análise exploratória das práticas discursivas sobre o uso dos medicamentos psicotrópicos e das abordagens não farmacológicas para superação de eventos negativos da vida. Os resultados da análise evidenciaram o pluralismo terapêutico dos psicotrópicos e seus efeitos, com o uso menos frequente das abordagens não farmacológicas; a prescrição exclui tramas sociais mais amplas, captura a potência da vida modulando os comportamentos individuais e coletivos, para que a convivência seja assegurada e legitimada, para garantir o pretenso bem comum.
Assistência de enfermagem na Atenção Primária à Saúde de adolescentes com ideações suicidas	Dias, DMSP <i>et al.</i>	Reme: Revista Mineira de Enfermagem	De abril a maio de 2019	Compreender como se dá a assistência à saúde prestada pelos enfermeiros na atenção primária aos adolescentes com ideações suicidas. Diante disso, três categorias foram evidenciadas - assistência de Enfermagem à atenção integral aos adolescentes; conhecimento dos profissionais sobre suicídio; concepções, identificação e prevenção e desafios na assistência do adolescente com ideações suicidas. Destaca-se, ainda, a falta de planejamento e de ações para a demanda de saúde mental dos adolescentes, focando em ações biologicistas, como: sexualidade, gravidez na adolescência e infecções sexualmente transmissíveis para adolescentes mulheres. Os enfermeiros têm dificuldades em compreender, identificar e prevenir os sinais de ideações suicidas, pautando sua prática em experiências empíricas.
Olhares sobre a assistência em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde em municípios de pequeno porte: emergência de práticas inovadoras	Lima, AMJ <i>et al.</i>	Interface - Comunicação, Saúde, Educação	De julho à novembro de 2019	Conhecer as práticas de SM de equipes da ESF realizadas em municípios de pequeno porte. Os resultados permitiram sistematizar ações da APS: desvendar o mundo dos transtornos mentais intramuros pela visita domiciliar e a presença na escola; transitar entre universos distintos, de formatos tradicionais até os problemas de Saúde Mental advindos das redes sociais; expansão de abordagem e apoio aos pacientes de Saúde Mental e percepção pela APS da transferência de estigmas operando na rede de Saúde Mental. Conclui-se que a APS faz parte do projeto de RPB, também de forma humanizada, aprofundando-a.

<p>Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental</p>	<p>Sampaio, ML; Bispo Junior, JP</p>	<p>Cadernos de Saúde Pública</p>	<p>De julho à dezembro de 2019</p>	<p>Avaliar a estrutura e o processo de articulação do cuidado em saúde mental, tendo como foco os serviços integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e outros dispositivos sociais e comunitários. Apesar do cenário de expansão da RAPS, os serviços se mostraram insuficientes em face da demanda, com dificuldades de acesso dos usuários. A articulação entre os serviços evidenciou a conformação de uma rede fragmentada, com centralização nos serviços especializados e dificuldades de comunicação com a atenção primária e a rede de emergência. Evidenciou-se a inexistência de fluxos instituídos, o que gerou fragilidades na coordenação do cuidado. O desenvolvimento de ações intersetoriais, embora presentes, mostrou-se limitado e restrito a alguns setores. A estrutura insuficiente e a segmentação da RAPS constituíram-se em limitantes para o desenvolvimento do cuidado integral e longitudinal em saúde mental.</p>
---	--------------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	---

Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados observados.

Essas pesquisas descrevem prioritariamente estudos sobre os eixos temáticos elencados no diagrama a seguir:

Figura 7 - Diagrama dos eixos temáticos presentes no levantamento



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados observados.

No que diz respeito às perspectivas presentes no material deste levantamento, uma parte dos autores dos artigos selecionados aponta impasses dos trabalhadores da Atenção Básica em meio a centralização das questões de saúde mental na conotação de doença e, diante desse olhar, o debate recai sobre os fluxos e processos de rastreio em um panorama que reduz o cuidado a uma questão meramente gerencialista e o debate sobre o campo da saúde mental ao problema da formação para atendimento dessa (dita) patologia. Outra parte dos autores analisa esse cotidiano de modo crítico a partir do paradigma sustentado pela lógica e modelo de cuidado da Atenção Psicossocial. Na discussão a seguir analiso os eixos temáticos e as perspectivas dos trabalhos selecionados a partir das ações realizadas e impasses colocados.

6 DISCUSSÃO

6.1 AS AÇÕES REALIZADAS E IMPASSES ENCONTRADOS PELOS TRABALHADORES DA ATENÇÃO BÁSICA EM RELAÇÃO AO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

No que concerne às dimensões de análise para a discussão do levantamento, esta primeira dimensão selecionada era o critério primordial para a seleção de documentos e está presente em todas as pesquisas selecionadas. Entretanto, as práticas encontradas se apresentam de maneira heterogênea nas regiões pesquisadas e, por vezes, até mesmo, opostas.

Um dos subtemas que mais se fez presente nesta dimensão diz respeito ao *acolhimento* às demandas de saúde mental nas unidades básicas de saúde (UBS). Estes serviços recebem demandas relacionadas à depressão, ansiedade, problemas com excesso e dependência de medicamentos, uso abusivo de álcool e outras drogas (STIVAL, 2019). Ao observarmos os diversos tipos de acolhimento existentes numa UBS (ao passo que em diversos outros cenários a questão se torna justamente a falta e a precariedade de acolhimento nesses serviços), as entrevistas do estudo de Santos (2019) apontam que na unidade pesquisada, ocorre o acolhimento universal às demandas. E, na UBS pesquisada por Garcia (2019), os acolhimentos são realizados por qualquer trabalhador disponível. Já na realidade local do estudo feito por Sousa, Costa e Jorge (2019), é a categoria da enfermagem que realiza os acolhimentos e encaminhamentos necessários. A pesquisa de Botega (2020), por sua vez, indica que a unidade estudada trabalha com o sistema de distribuição de fichas para atendimentos. Há demora para conseguir consulta médica e longas filas de espera que dificultam o acesso.

Outro importante subtema encontrado no levantamento dos artigos nesta dimensão é a *integralidade em saúde*. Os trabalhadores que participaram da coleta de dados para o artigo de Pereira, Amorim e Gondim (2020) referem não conseguir garantir a integralidade do cuidado, evidenciando grande dificuldade para acolher os usuários para além das queixas psicopatológicas. Uma situação semelhante é descrita por Carvalho (2019), para os médicos, as ações de cuidado possíveis se restringem a questionar os usuários acerca do reconhecimento em si da psicopatologia por eles identificada e ofertar o cuidado através da orientação de tratamento em um outro serviço especializado. Essas situações demonstram um modelo de assistência centrado na lógica biomédica, reduzindo as práticas da Atenção Básica

ao diagnóstico, medicalização e encaminhamento à atenção especializada sem qualquer coresponsabilização e coordenação do cuidado dos usuários.

É possível notar algumas iniciativas importantes dentre as experiências presentes nesta revisão, como o grupo de geração de renda mencionado no artigo de Bezerra e Moreno Neto (2021), reconhecido como espaço de convívio e suporte social, promotor de saúde. Todavia, a proposta de criação de uma atividade coletiva não garante por si efeitos importantes sobre o processo de trabalho na Atenção Básica. O coral com usuários, apresentado por Garcia (2019), era visto simplesmente como uma atividade de lazer, apesar de ter dado lugar a sujeitos que tinham pouca visibilidade, e acabou sendo descontinuado. Nesta unidade, os grupos são propostos levando em consideração a temática de cuidado e a partir de ações voltadas à maioria. Observando a alta demanda (à época da coleta de dados), refletiam sobre a importância de um grupo com adolescentes para ampliação da discussão sobre sexualidade, infecções sexualmente transmissíveis e gravidez, todavia também não o associavam a possíveis resolutividades no que diz respeito às demandas de saúde mental e seguiam enfrentando dificuldades para o reconhecimento e manutenção deste trabalho. A iniciativa de criar grupos e atividades coletivas não necessariamente tem a ver com um deslocamento do modelo de cuidado desempenhado pela Atenção Básica, que - caso não proporcione uma escuta sobre as questões que as pessoas estão trazendo que leve em consideração também a subjetividade, atentando assim para o cuidado integral - pode mesmo assim seguir na lógica biomédica e centrada na doença, porém abrindo grupos como dispositivos dissociado da integralidade em saúde, e os capturando pelo modelo biologicista.

Os trabalhos selecionados apresentam também outros desafios em meio às práticas relatadas. O artigo de Lima *et al.* (2021) aponta que o manejo cotidiano ainda é muito permeado por estigmas e que existe grande dificuldade para inserção da família no cuidado dos usuários com demandas de sofrimento psíquico. O trabalho de Pereira, Amorim e Gondim (2020) também indica a dificuldade da equipe em lidar com os usuários, familiares e comunidade de modo a estabelecer o vínculo, assim como também demonstra o receio dos profissionais acerca de uma suposta agressividade dos usuários em sofrimento psíquico. Por sua vez, os trabalhadores entrevistados por Rotoli (2019) relatam precariedade de suporte familiar e comunitário, identificam como barreira a descontinuidade no tratamento, seja por questões financeiras, por recusa, negligência ou abandono da família.

Ainda outro subtema encontrado relaciona-se com a *percepção de despreparo dos profissionais para lidar com a demanda subjetiva*. Os trabalhadores das unidades pesquisadas por Garcia (2019), Rotoli (2019), Pereira, Amorim e Gondim (2020) e Dias *et al.* (2020)

sentem não possuir base teórica, competência ou preparo para lidar com demandas de sofrimento psíquico, expressando também a necessidade de entender melhor o que pode ser oferecido pela Atenção Básica e sobre as atribuições de cada categoria profissional neste cuidado. Esse contexto fragiliza a organização das práticas no cotidiano dos serviços. Tal realidade também se encontra na unidade estudada por Muller (2019), na qual boa parte das respostas dos profissionais indicam que atividades já realizadas pela Saúde da Família e no matriciamento poderiam servir de instrumento para o cuidado, no entanto os trabalhadores não reconhecem tal fato e referem a necessidade de uma formação específica em Saúde Mental para se sentirem apropriados do trabalho. Tal demanda dos profissionais por um especialismo tamanho aponta para uma busca pela formação profissional para realizar diagnósticos e tratamentos sem considerar a priorização dos usuários e seus modos de vida, desejos, territórios e relações com a comunidade ao seu redor, como propõe a lógica da Atenção Psicossocial em defesa de uma radical mudança nos modos de produzir cuidado para além da suposta patologia. Também os enfermeiros entrevistados por Pinheiro e Kantorski (2021) mencionam dificuldade para atuar com demandas de saúde mental e a alta frequência dessa demanda entre os usuários. Nas entrevistas recolhidas no trabalho de Sampaio e Bispo Junior (2021), a dificuldade da ESF em acolher as demandas de saúde mental foi atribuída ao preconceito com estes usuários. Os profissionais entrevistados por Rotoli (2019) relatam também não saber o que compete às ações de matriciamento no trabalho em saúde mental ao passo que apontam grandes dificuldades em relação às dúvidas dos usuários sobre seus sintomas e sobre a medicação, pontos com significativo potencial de resolutividade caso houvesse ações de matriciamento colaborando para se pensar um modo de se pensar o cuidado para além da redução do usuário ao seu diagnóstico e da terapêutica à medicalização.

Já, no que concerne às *propostas de organização do processo de trabalho* enquanto mais um subitem dessa dimensão de análise, é possível apontar que Stival (2019), Muller (2019), Silva Junior *et al.* (2020), Filardi *et al.* (2021), Sampaio e Bispo Junior (2021) abordam algumas práticas preventivas e promocionais que as EqSF veem como possíveis: uma postura de empatia diante dos usuários, com presença, atenção, escuta ativa, conversa e elaboração de Projeto Terapêutico Singular como instrumentos para uma prática culturalmente sensível à comunidade, assim como a realização de visita domiciliar, a busca pelo apoio familiar, a realização de grupos terapêuticos, de atividade física e de práticas integrativas. No entanto, nestes textos não encontramos menção a momentos de discussão ou reflexão em equipe sobre essas iniciativas. Falam também sobre a necessidade de adaptação das intervenções de cuidado e dos serviços para atender clientela específicas, de modo a

garantir acesso e equidade, como ocorre na unidade pesquisada pelo estudo de Lima *et al.* (2021), que expressa falas dos trabalhadores sobre o esforço para a vinculação dos pacientes em sofrimento psíquico às atividades de promoção de saúde. Os profissionais entrevistados por Botega (2020) e Sampaio e Bispo Junior (2021) apontam a importância de não restringir o cuidado à dimensão psicopatológica e destacam a garantia de acesso à ESF com viabilidade de acompanhamento longitudinal, a partir de ações de cuidado colaborativo também junto aos CAPS, como um fator importante para a redução da vulnerabilidade aos transtornos mentais.

Neste campo, o papel do Agente Comunitário em Saúde ganha destaque pela multiplicidade de ações possíveis, como adscrição de famílias, identificação de casos novos, orientação quanto os serviços disponíveis, realização de visitas domiciliares, disponibilidade de escuta, criatividade na construção de vínculos, pela diferença de perspectiva e saber sobre o território, ao passo que o papel da gestão local sobre a pressão das metas e cobrança em relação às outras atividades de cuidado interferem significativamente na sua participação, acabando por reduzir este importante trabalho apenas em visitas domiciliares mais frequentes (BOTEGA, 2020; MULLER, 2019; BEZERRA; MORENO, 2021) e indicando o quanto um modelo de gestão meramente gerencialista tende a reforçar a lógica biomédica, dificultando possibilidades criativas de cuidado às mais plurais demandas da população sobre o processo psicossocial de produção de sofrimento. Mesmo assim, ainda são referência no que diz respeito às possibilidades de criação de vínculos de forma mais duradoura (LIMA *et al.*, 2021) ao levarmos em consideração que o cuidado não pode ficar restrito ao ambiente interno da unidade e as ações precisam se voltar para o contexto de vida dos usuários (BOTEGA, 2020). As ações programáticas realizadas pelos ACS rompem com a racionalidade clínica hegemônica: a busca ativa e a visita domiciliar são resultado da construção de novas lógicas de produção de saúde e a proximidade da dinâmica comunitária permite ao ACS uma intervenção diferenciada devido à vinculação, à relação de confiança, à sensibilidade do olhar, à comunicação e à solidariedade diante das realidades cotidianas (BEZERRA; MORENO, 2021).

No que diz respeito à elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS), Muller (2019) relata a grande dificuldade dos profissionais de saúde da Atenção Básica em cuidar através da lógica da integralidade e também revela que o PTS é compartilhado com o usuário apenas parcialmente, tendo a equipe a palavra final sobre o desenho elaborado. Já na região estudada por Santos (2019), não há registro de PTS formal, o entendimento dos profissionais quanto ao que seria um PTS é bastante divergente e, por vezes, não muito claro. O estudo de Bezerra e Moreno (2021) refere constante presença de embates para a atribuição de cada

profissional na construção do PTS. Essa dificuldade também é presenciada pelos profissionais abordados por Rotoli (2019), que relatam não dispor de tempo para as visitas domiciliares ou atividades coletivas, ao passo que essas atividades (assim como a busca ativa, por exemplo) se mostram essenciais para que os casos leves e moderados acessem a unidade antes de um agravamento. Em paralelo, os trabalhadores entrevistados por Dias *et al.* (2020) expressaram desconhecimento sobre o território e a ausência de atividades externas à unidade. Esses trabalhos demonstram experiências que apontam para a necessidade de investimento na corresponsabilização, no protagonismo do usuário e aposta na autonomia como diretrizes de trabalho norteadoras das ações referentes à clínica ampliada para que o modelo de cuidado possa ultrapassar uma prática meramente prescritiva.

Por sua vez, o subitem da medicalização excessiva dos usuários permeia questões críticas que dizem respeito aos dilemas envolvendo a prescrição e o uso de medicamentos psicotrópicos. A lógica do cuidado sobre a ótica da Atenção Psicossocial aponta numa direção contrária às quais referem os profissionais entrevistados nos artigos escritos por De Sousa, Costa e Jorge (2019) e Dias *et al.* (2020) acerca das unidades básicas de saúde na qual realizaram pesquisas. Os dispositivos da RAPS não deveriam preconizar uma visão simplesmente biologicista, biomédica e curativa, sem considerar o sofrimento mental vivenciado. Mesmo em situações envolvendo transtornos mais leves, se voltava à prática medicamentosa. O artigo de Silva Junior *et al.* (2020) também aponta para dificuldades de viabilizar intervenções a partir da concepção ampliada de saúde. Os profissionais entrevistados pelas pesquisas escritas por De Sousa, Costa e Jorge (2019) e Pereira, Amorim e Gondim (2020) relatam que as ações realizadas são voltadas para a renovação de receitas sem vislumbrar outras possibilidades para além das medicações e atendimento médico individual.

No trabalho de Stival (2019) são relatados problemas relacionados ao uso de medicamentos, principalmente no que diz respeito à prescrição indiscriminada e prolongada de psicotrópicos pelos clínicos gerais que atuam na ESF. Pouco antes ao momento da coleta de dados nesta unidade foi adotado um protocolo interno que exige a realização de consultas médicas para emissão de receitas, processo de trabalho que não era adotado anteriormente. Botega (2020) aponta para um deslocamento possível nesta prática: na unidade em que realizou sua pesquisa passaram a vislumbrar o espaço de renovação de receitas para o início de um processo de vínculo com o usuário, pois o uso de psicofármacos não resolvem por si só o contexto de vulnerabilidade econômica e social, a falta de oportunidades, o contexto familiar e o contexto de violência. É necessária a associação à escuta qualificada, às redes de apoio, ao acesso às oportunidades, é necessário transferir o enfoque assistencial da cura para o

vínculo, a prevenção e a promoção de saúde mental (BOTEGA, 2020). No contexto do artigo de Lima *et al.* (2021) foi desenhada uma mudança na forma de organização do trabalho para atender um cuidado especial com a medicação, apesar de não trabalharem com a perspectiva de redução de medicamentos. Já o artigo de Filardi *et al.* (2021) apresenta um panorama no qual todos os profissionais reconhecem a necessidade da desprescrição. Essa situação se agrava ao considerar que um grande problema identificado nesta unidade foi a prescrição excessiva de medicamentos psicotrópicos diante da ausência de apropriação de ferramentas para o manejo de problemas psicossociais e da precariedade da estrutura social. Esses entrevistados também questionaram a adequação da prescrição quanto à centralidade da indicação, os limites da terapêutica e o tempo de uso dos medicamentos, destacando que o plano terapêutico precisa estabelecer a cessação, a retirada do medicamento e o objetivo final do tratamento.

No município estudado por Stival (2019), o aumento da demanda de usuários com problemas de uso abusivo de álcool e outras drogas chamou a atenção dos trabalhadores e foi associado ao aumento da violência e de disputas territoriais do tráfico de drogas local. Atribui-se aos profissionais da ESF desenvolver a assistência de acordo com o que é permitido e possível. Por sua vez, no cenário estudado por Carvalho (2019), o cuidado a situações envolvendo uso abusivo de álcool não passa de uma classificação diagnóstica no prontuário, essa situação não é vista como um problema de saúde, mas uma questão sem solução. Botega (2020) também atribui ao crescimento dos problemas de saúde mental na comunidade a piora nas situações de violência do território. O artigo de Pinheiro e Kantorski (2021) refere estratégias como a garantia da educação permanente em saúde à equipe, a constante construção e manutenção de vínculos junto aos usuários e o fundamental reconhecimento da realidade do território para o desenvolvimento de ações de cuidado integral. Quando um usuário apresenta sofrimento relacionado a fatores sociais, se vê impossibilitado de vislumbrar saídas e apresenta-se sem perspectivas, a equipe entrevistada pelo artigo de Filardi *et al.* (2021) relata se sentir muito angustiada e sem recursos: o paciente está diante de um profissional que apenas conta com o recurso terapêutico do medicamento. Entretanto, manejos não farmacológicos por vezes conseguem ser vislumbrados pela equipe como a psicoterapia, acupuntura, a homeopatia e atividades físicas, além do estímulo ao desenvolvimento de um hobby, a leitura de um livro, cultivar hortas e participar de rodas de terapia comunitária integrativa, mas relatam que os usuários são resistentes às propostas.

6.2 O APOIO MATRICIAL E OS EFEITOS SOBRE O CUIDADO REALIZADO

Já, esta dimensão de análise só esteve presente em 9 dos 16 documentos selecionados, fato importante a ser considerado uma vez que o Apoio Matricial às equipes mínimas da ESF é fundamental para o desenho da assistência aos casos com questões que envolvem sofrimento mental de modo mais agudo. Dentre os trabalhos selecionados que dão destaque a esse tema, a menção aos possíveis matriciadores em saúde mental se dá da seguinte forma: 7 documentos fazem menção ao NASF, 7 mencionam o CAPS, 2 indicam equipes de saúde mental e 1 faz referência ao hospital.

Uma das dimensões que valorizam a importância do apoio matricial, presente na fala dos trabalhadores, está ligada ao reconhecimento desses profissionais como intermediadores entre a EqSF, demais serviços da RAPS e os usuários, o que se torna uma ferramenta fundamental para a garantia da integralidade do cuidado (MULLER, 2019). Este papel de mediação se mostra também muito relevante no que diz respeito à construção do Projeto Terapêutico Singular (MULLER, 2019), assim como na elaboração de cronogramas de atividades e planejamento de ações junto às comunidades rurais, conforme aponta o artigo de Pinheiro e Kantorski (2021). Os matriciadores apresentam um discurso positivo acerca da noção de território, apesar de sempre relatarem grandes dificuldades com situações de violência e vulnerabilidade social. Revelam ter pouco tempo, na distribuição de sua carga horária, para elaboração do mapeamento dos recursos comunitários junto às EqSF (MULLER, 2019).

Outros fatores positivos foram apontados pelos profissionais no que diz respeito aos efeitos do matriciamento para as equipes, como: o estímulo para se observarem criticamente, o incentivo à criatividade e tenacidade e a construção do diagnóstico situacional. Também foi destacada a orientação sobre a terapêutica medicamentosa quando necessário sua utilização, levando-se em consideração que o apoio matricial realizado pelo psiquiatra é visto como um fator de segurança para o acolhimento dos usuários.

Outra ferramenta importante do cuidado colaborativo entre matriciadores e EqSF nos casos de saúde mental é a realização de consultas conjuntas, vista como um meio de se construir ações de cuidado e evitar encaminhamentos desnecessários para os serviços especializados (BOTEGA, 2020; MULLER, 2019). Os médicos das unidades básicas atribuem ao apoio matricial papéis de realização de interconsulta e construção de reuniões de equipe (MULLER, 2019). Os enfermeiros reconhecem a importância de sua articulação junto aos matriciadores, priorizando os casos de dificuldade de adesão ao tratamento e casos tidos

como mais complexos (PINHEIRO; KANTORSKI, 2021; SAMPAIO; BISPO JUNIOR, 2021). O espaço do matriciamento também pode favorecer à escuta do sofrimento que o processo de trabalho tem chances de desencadear nos profissionais da ESF (BOTEGA, 2020).

Todavia, o cenário não é homogêneo nos diferentes municípios e regiões do país pesquisados e muitos contextos se apresentam em dissonância ao cuidado preconizado pela Atenção Psicossocial. A dissertação de Santos (2019) trata da saúde mental infantojuvenil e aponta que, no município estudado, os espaços de matriciamento funcionam para passagem de caso, para atender às solicitações de avaliação específicas, para consultas compartilhadas e como um meio de inserção nas atividades realizadas pela unidade. Por sua vez, o estudo de Sampaio e Bispo Junior (2021) destaca a realização de ações pontuais de apoio matricial, sinalizando uma importante dificuldade para a longitudinalidade do cuidado. A pesquisa de Stival (2019) aponta que os usuários e EqSF solicitam atendimento psicológico individual aos matriciadores, ao passo que o artigo de Pereira, Amorim e Gondim (2020) refere que a psicóloga do NASF na unidade estudada realiza apenas atendimentos individuais e somente quando solicitada pela equipe, destacando a ausência de apoio matricial, cuidado colaborativo e de atividades coletivas.

A precariedade de apoio matricial foi relatada em diversos estudos (STIVAL, 2019; BOTEGA, 2020; CARVALHO, 2019; PEREIRA; AMORIM; GONDIN, 2020; FILARDI *et al.*, 2021; SAMPAIO; BISPO JUNIOR, 2021). Na unidade pesquisada por Carvalho (2019), o matriciador atendia sozinho, não havia nenhuma interconsulta e tal fato era atribuído à alta rotatividade de médicos. O estudo de Filardi *et al* (2021) indica a ausência do educador físico compondo a equipe multiprofissional na unidade e o diferencial que estas atividades coletivas poderiam fazer para a promoção de saúde mental. Muller (2019) destaca que os matriciadores também podem reproduzir a lógica biomédica de interação, não contemplando a integralidade do cuidado ou deixando de levar em consideração as dimensões subjetiva e social, assim como as possíveis vulnerabilidades associadas. A pesquisa de Stival (2019) relata que uma ação de matriciamento foi pensada e organizada, voltada apenas para a categoria médica em relação à problemática de encaminhamentos desnecessários. Tal ação consistia em uma reunião mensal de orientações, conduzida pelo psiquiatra do CAPS. Uma situação semelhante acontece no município estudado pelo artigo publicado por Sousa, Costa e Jorge (2019), existe uma reunião de matriciamento mensal feito pelo CAPS e pelo hospital de referência em saúde mental da região, mas os trabalhadores não reconhecem como efeitos a ampliação da resolutividade.

Dentre os artigos selecionados, pouco menos da metade não fazia menção ao apoio matricial. E, entre aqueles que chegavam a indicar a presença desta equipe, duas situações chamaram a atenção no que diz respeito ao planejamento do processo de trabalho para o matriciamento. A região de saúde estudada por Pinheiro e Kantorski (2021), no momento da coleta de dados (entre o final de 2018 e os primeiros meses de 2019), contava com equipes para apoio em saúde mental em apenas três dos onze municípios. Já no município pesquisado pela tese de Botega (2020), havia um panorama anterior e um posterior no cenário estudado. Avaliam que não ter mais o apoio do NASF é um retrocesso que gera incerteza quanto a reorganização do fluxo assistencial, assim como ocasiona em frustração pela desvalorização do cuidado em saúde mental. No momento de elaboração da referida pesquisa, o apoio matricial ocorre apenas nas unidades prioritárias e em encontros mensais de um turno. As demais unidades passaram a funcionar através de retaguarda telefônica e assistência em telessaúde. Os encaminhamentos necessários, anteriormente avaliados em conjunto, passaram a ser realizados somente pela médica da Atenção Básica, que deve classificar os usuários de acordo com uma matriz de agravos previamente elaborada. Esse registro passou a ser encaminhado via regulação regional, que tem o papel de alocar os casos para os serviços de referência conforme o nível de atenção compatível e disponível.

6.3 A ARTICULAÇÃO INTRA E INTERSETORIAL E A COORDENAÇÃO DO CUIDADO PELA ATENÇÃO BÁSICA

Esta outra dimensão considerada apresenta conteúdos em quase todos os documentos selecionados. Consta em 14 dos 16 estudos aqui analisados.

Há relatos em alguns dos documentos revisados sobre a prática de marcar atendimento psicológico ou psiquiátrico diretamente na atenção especializada sem levar os casos para matriciamento e considerar as ações possíveis na própria Atenção Básica (GARCIA, 2019; STIVAL, 2019; MULLER, 2019; SOUSA; COSTA; JORGE, 2019; PEREIRA; AMORIM; GONDIM, 2020), resultando em altas taxas de encaminhamentos ambulatoriais e hospitalares enquanto prática de cuidado prioritária (STIVAL, 2019; MULLER, 2019). Todavia, estes encaminhamentos são feitos em caráter formal e burocrático, pouco contribuindo para a articulação entre os serviços e favorecendo a desresponsabilização da equipe pelos usuários (SAMPAIO; BISPO JUNIOR, 2021). O encaminhamento enquanto diretriz de cuidado se agrava pelo não reconhecimento de alguns profissionais das demandas de cuidado em saúde mental enquanto competência da Atenção Básica (ROTOLI, 2019). Além disso, os usuários

encaminhados acabam por ficar sem nenhum acompanhamento enquanto aguardam as vagas de atendimento, uma vez que os profissionais estão com a agenda lotada tendo em vista a ausência de porta de saída na atenção especializada (PINHEIRO; KANTORSKI, 2021; FILARDI *et al.*, 2021).

No artigo publicado por Lima *et al.* (2021), os entrevistados salientaram compreender que a classificação de risco e o registro em prontuário, acerca dos casos de saúde mental, fazem parte do papel do CAPS e não reconhecem como uma função da Atenção Básica. Neste mesmo artigo, considerando que os CAPS contrarreferenciam à Atenção Básica usuários com sintomas leves, relatam não haver clareza acerca do trabalho com esses usuários que tiveram alta do CAPS. Outros artigos também apontam questões nesta direção, indicam que há um desconhecimento geral sobre os serviços, os diferentes pontos de atenção não sabem o que os demais fazem e de que forma poderiam interagir entre si para a construção do cuidado. Assim sendo, no cenário de alguns municípios não é possível considerar que exista um fluxo claro de referência e contrarreferência por parte dos serviços da rede. Ou seja, a falta de comunicação entre os serviços produz barreiras de acesso e a perda do usuário na rede. As pesquisas apontam que a ESF encaminha usuários esperando que o acesso ocorra sem a construção de articulações. Não havendo, deste modo, longitudinalidade acerca do cuidado dos usuários que se deslocam da ESF para outros serviços, não há integralização nem do cuidado nem da informação pela rede (BOTEGA, 2020; SOUSA; COSTA; JORGE, 2019; PINHEIRO; KANTORSKI, 2021; SANTOS, 2019).

Os médicos entrevistados por Carvalho (2019) se mostraram receosos em se responsabilizar pelo acompanhamento dos casos de saúde mental, e consideravam que um psiquiatra deveria acompanhar essas demandas em um serviço especializado. Em paralelo, o artigo escrito por Sousa, Costa e Jorge (2019) evidencia uma frágil relação com os outros componentes da RAPS. No município pesquisado falta suporte do CAPS para o matriciamento à Atenção Básica, tal fato é atribuído à escassez de médicos nos serviços e resulta numa dinâmica praticamente oposta: lá os usuários do CAPS frequentam as unidades básicas apenas para a renovação de receitas pelos médicos. Outra prática que não está de acordo com as diretrizes da Atenção Psicossocial e da integralidade em saúde se dá na região estudada pela pesquisa de Santos (2019), lá os CAPSi exigem diagnóstico formal por especialista para absorção dos usuários no equipamento. O serviço se mostra inflexível e produz barreiras de acesso ao não apresentar caminhos alternativos aos profissionais após entender que a demanda não lhes compete. Também nessas situações evidenciam-se

dificuldades na definição de critérios de atendimento para cada serviço (SAMPAIO; BISPO JUNIOR, 2021).

Acerca das articulações intersetoriais no desenho do cuidado aos casos de saúde mental, o artigo escrito por Lima *et al.* (2021) indica que, no município pesquisado, existem reuniões mensais da Atenção Básica com o conselho tutelar, ministério público e polícia militar junto ao NASF e ao CAPS. Sampaio e Bispo Junior (2021) também sinalizam que os trabalhadores reconhecem como iniciativas importantes a articulação entre os serviços, com estudo de caso em conjunto e reuniões sistemáticas intersetoriais. Todavia, alguns outros estudos apontam falta de articulação com os serviços da RAPS e com os dispositivos intersetoriais, não há estímulo para participação dos profissionais da Atenção Básica nas reuniões da RAPS (BOTEGA, 2020), identificam a ausência ou dificuldade de acesso a outros profissionais e a outras políticas intersetoriais (FILARDI *et al.*, 2021). A rede tecida acaba por traduzir a dinâmica da realidade do território e falha em se construir, fortalecer e apoiar seus diversos pontos (SANTOS, 2019), isso se reflete na necessidade de investimento em uma rede de atenção à saúde fortalecida, preparada e referenciada para o cuidado em saúde mental (DIAS *et al.*, 2020).

6.4 A CONJUNTURA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: INFRAESTRUTURA E PROCESSOS DOS DIFERENTES NÍVEIS DE GESTÃO

Sobre esta dimensão de análise, pode-se apontar que a mesma foi abordada em 8 dos 16 trabalhos revisados. Adiante, será apresentada a discussão acerca dos conteúdos encontrados durante esta pesquisa de revisão segundo essas dimensões de análise e à luz do modelo de cuidado em saúde mental preconizado pela Atenção Psicossocial.

O cuidado em saúde mental não se faz somente pela clínica, é preciso infraestrutura, recursos materiais adequados, recursos humanos capacitados e condições orçamentárias. É um desafio alinhar a integralidade do acolhimento do sofrimento psíquico ao planejamento das ações em saúde (BOTEGA, 2020).

Se faz necessário, no âmbito da gestão, um desenho do cuidado em saúde mental que responda às vulnerabilidades presentes na comunidade. Não é incomum a distância e a falta de acesso a um quantitativo mais amplo de recursos do município, a baixa escolaridade dos usuários, o número alto de idosos sem rede de apoio e uma grande incidência de usuários com uso problemático de substâncias como o álcool e outras drogas sem qualquer programa planejado para o cuidado dessa população (GARCIA, 2019). A violência comunitária também

aparece enquanto uma grande preocupação para os usuários e profissionais de saúde, afetando duplamente o território e os processos de trabalho (CARVALHO, 2019).

Os processos de Educação Permanente também surgem como um tema importante nos trabalhos pesquisados. Apesar da relevância na Atenção Básica de ações com foco no rastreamento e monitoramento dos fatores de risco, na maioria dos casos há negligência quanto à formação e a Educação Permanente acerca da dificuldade de abordagem e escassez de capacitação na área de saúde mental (DIAS *et al.*, 2020). Na região analisada por Garcia (2019), as reuniões de Educação Permanente acontecem apenas uma vez ao mês. Muller (2019) aponta na fala do entrevistado o destaque para uma importante defasagem na formação dos médicos acerca do papel dos elementos subjetivos e sociais na constituição do processo saúde-doença-busca do cuidado. Também é mencionada a frágil formação profissional nos artigos escritos por Pereira, Amorim e Gordin (2020), Dias *et al.* (2020) e Sampaio e Bispo Junior (2021), nos quais os entrevistados reconhecem a importância dessa questão e demandam por mais ações de capacitação.

No que diz respeito à organização do processo de trabalho, na tese de Botega (2020), os profissionais relatam que precisam cobrir a falta dos recursos humanos em outras unidades, se sentem inseguros para realizar atendimentos em saúde mental, referem pouca experiência neste campo, falta de capacitação e ausência de afinidade com esse trabalho. Do mesmo modo, as entrevistas publicadas no artigo de Rotoli (2019) indicam que os profissionais da Atenção Básica não se sentem instrumentalizados para as demandas complexas, identificam a ausência de qualificação profissional, a falta de recursos humanos e a escassez de materiais nas unidades.

Acerca dos *problemas estruturais*, os trabalhadores entrevistados por Botega (2020) referem também falta de recursos materiais, estrutura física precária e dificuldades no registro de informações por instabilidade de prontuário eletrônico. Esta questão se articula com uma outra dificuldade: o baixo investimento na Atenção Básica e a gestão de recursos sem planejamento, que não atende as necessidades dos usuários e desvaloriza o trabalho dos profissionais. Podemos também relacionar a esta questão o fato da saúde mental não ser vista como uma prioridade uma vez que o planejamento da assistência tem seu foco voltado para o cumprimento de metas e as ações voltadas para o campo psicossocial demandam uma complexidade muito maior para sua mensuração. O cuidado em saúde mental está fora dos moldes hegemônicos, o que pode implicar em perda de recursos e afetar a organização do processo de trabalho, o acesso, a disponibilidade e a qualidade do serviço (BOTEGA, 2020) uma vez que o recorte gerencialista não aponta possibilidades para a mensuração da qualidade

subjetiva do cuidado produzido. Os profissionais também declaram falta de tempo para atenção integral aos casos de saúde mental, principalmente no que diz respeito aos adolescentes, diante da orientação de priorizar outros agravos de saúde (CARVALHO, 2019; DIAS *et al.*, 2020), uma vez que os gestores locais dão preferência ao trabalho diretamente relacionado aos dados objetivos e quantitativos das unidades, correlacionados à prevalência de agravos prioritários no que diz respeito ao monitoramento pelas esferas centrais de gestão da saúde pública.

No que diz respeito aos processos de gestão da unidade, a pesquisa de Garcia (2019) identificou que as fragilidades e impossibilidades são manejadas informalmente, as reuniões de equipe se dão apenas uma vez por mês e referem ausência de escuta e apoio, não havendo um espaço para acolhimento das angústias cotidianas. O artigo escrito por Sousa, Costa e Jorge (2019) aponta que a falta de recursos humanos, de comunicação clara em relação aos processos de trabalho, de integração dos serviços, assim como a ausência de supervisão em saúde mental torna a perspectiva da rede falha.

Diversos estudos selecionados para esta revisão apontam uma sobrecarga de trabalho assistencial na perspectiva dos profissionais, assim como pouco ou nenhum incentivo para o trabalho e a má remuneração (GARCIA, 2019; FILARDI, 2021; SAMPAIO; BISPO JUNIOR, 2021). Inclusive, os trabalhos de Muller (2019) e Carvalho (2019) referem que a maior parte dos médicos trabalhando nas unidades básicas de saúde estudadas eram recém formados e buscavam essa atuação enquanto campo temporário por imprevisibilidade política, risco financeiro e de fixação. A alta rotatividade dos profissionais dificulta a continuidade das discussões sobre possibilidades de intervenção e é justamente nas equipes com maior rotatividade que foi observado maior demanda por encaminhamento para atenção secundária e atendimento especializado por parte dos usuários. Além disso, o estudo de Sampaio e Bispo Junior (2021) também indica a ausência de fluxos e protocolos, assim como a dificuldade para priorizar as demandas de saúde mental na organização do processo de trabalho, assim como outros trabalhos anteriormente mencionados apontaram. A questão da organização também está presente no artigo de Pereira, Amorim e Gordin (2020), o estudo relata que além da ausência de fluxos estruturados para o processo de trabalho com os pacientes em sofrimento psíquico, a equipe se via sem ferramentas devido também ao não planejamento de reuniões para discussão coletiva. A problemática envolvendo a gestão dos serviços repercute em verdadeiras barreiras de acesso aos usuários, que acabam procurando por atendimento quando o problema já está mais agravado (BOTEGA, 2020).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da revisão dos materiais selecionados neste trabalho acerca da percepção dos profissionais sobre o cuidado em saúde mental na Atenção Básica, foi possível identificar diversos relatos de boas práticas, que vão ao encontro do modelo preconizado a partir das reformas sanitária e psiquiátrica, pelo prisma da Atenção Psicossocial. Os trabalhadores mencionaram importantes experiências na rotina das unidades básicas, como foi possível explorar na discussão deste trabalho.

Não é possível determinar que haja efeitos diretos das mudanças na última Política Nacional de Atenção Básica, em 2017, nas dificuldades vivenciadas durante o período proposto no recorte deste levantamento, pois, apesar de se apontar uma fragilização do desenho do cuidado a partir de significativos desinvestimentos indicados por esta política, ainda segue em curso uma mudança da lógica de cuidado - em direção à integralidade, à valorização da subjetividade, à promoção de autonomia dos usuários e produção de vida no território - que de fato nunca chegou a plenamente se consolidar na Atenção Básica, nem com os apontamentos das políticas anteriores.

No entanto, certos impasses encontrados se destacaram. A extinção do financiamento federal aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, por exemplo, pode ser associada às experiências analisadas em panoramas como: a ausência de menção às ações de apoio matricial em quase metade das pesquisas, a escassez dessas equipes em diversas regiões de saúde estudadas e até mesmo a supressão das equipes NASF e do trabalho de matriciamento em outro cenário investigado ao longo do desenvolvimento da dissertação apresentada.

Do mesmo modo, a mudança no papel e no processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde pode ser identificada a partir das falas sobre o impacto que a gestão local de alguns municípios têm gerado através da pressão e cobrança por alta produtividade nas mais variadas esferas de ação da Atenção Básica. Como consequência esta categoria se afasta de sua trajetória contra hegemônica à racionalidade biomédica e da multiplicidade de ações possíveis, tanto na longitudinalidade do cuidado, quanto nas ações de promoção de saúde e no trabalho territorial.

Também o redesenho das equipes favorece a atuação com orientação à atenção curativa e controle de riscos individualmente, assim como, também ocasiona a insuficiência de ações voltadas para educação permanente dos profissionais. Deste modo, pode colaborar para um direcionamento do trabalho na Atenção Básica descaracterizado, no sentido da ambulatorização do cuidado, cronificação de usuários, prescrições abusivas e indevidas de

psicotrópicos, altos índices de encaminhamento para atenção especializada sem a devida coordenação do cuidado.

Boa parte dos textos do levantamento realizado apontam também a ausência de fluxos, protocolos e organização das demandas. Este panorama evidencia um modelo de cuidado executado numa perspectiva de gestão gerencialista, cotidianamente biomédico, centrado nos processos de diagnóstico, prescrição medicamentosa e encaminhamento, apesar de se tratar de dispositivos pensados a partir de uma lógica de cuidado comunitário. Também acaba por contribuir para o desconhecimento da equipe no que diz respeito às possibilidades e recursos para o cuidado dos casos de saúde mental no nível de atenção no qual atuam, assim como o não conhecimento das características de cuidado nos diferentes níveis de atenção e múltiplos serviços da Rede de Atenção Psicossocial, com os quais deveria se articular.

Outras questões relevantes são apresentadas entre as pesquisas desta revisão. Parte delas diz respeito a problemas estruturais do serviço, outra, às dificuldades que fazem parte da estrutura do trabalho junto às pessoas em alta vulnerabilidade, o que geralmente é o caso dos usuários que levam demandas de saúde mental às unidades básicas de saúde. Podemos destacar negligência quanto a formação e os dispositivos cotidianos de Educação Permanente, o manejo cotidiano permeado por estigmas, as barreiras de descontinuidade no acompanhamento, a precariedade de suporte familiar, o desafio do cuidado pela lógica da integralidade, a complexidade de construção do Projeto Terapêutico Singular, a criação de novas perspectivas em meio a contextos comunitários violentos e em conflito.

Por fim, outra parcela dessas adversidades ao funcionamento de qualidade da assistência em saúde mental na Atenção Básica diz respeito à desvalorização da Saúde Pública, com marcos significativos em articulações políticas antidemocráticas, na retomada neoliberal do governo federal, na Emenda Constitucional nº 95 (BRASIL, 2016) e seus desdobramentos. Entre esses indicativos podemos destacar a precariedade dos vínculos trabalhistas, sobrecarga de trabalho e a alta rotatividade dos profissionais, as vacâncias em recursos humanos, falta de supervisão clínico-institucional e reuniões de equipe, a falta de articulação entre os serviços da rede de saúde, a ausência de fluxos estruturados, o não planejamento de discussões coletivas entre a equipe, a dificuldade de planejar o cuidado em saúde mental em meio às demais demandas prioritárias.

Em suma, apesar de não ser possível correlacionar diretamente as dificuldades encontradas no material presente nesta revisão às mudanças na última Política Nacional de Atenção Básica, em 2017, se faz necessário destacar o agravamento nestes últimos anos dos desafios para a sustentação de um modelo substitutivo de atenção à saúde mental ao

observamos os relatos dos trabalhadores das unidades básicas de saúde no período pesquisado. A histórica luta pela mudança no modelo de cuidado em prol da aposta na autonomia dos usuários, em seu protagonismo acerca de seus projetos terapêuticos, na afirmação da diversidade, da singularidade e na produção de vida é constitutiva deste campo desde os primeiros movimentos da Reforma Psiquiátrica. E, mesmo antes das alterações mais recentes nas políticas, nunca haviam se consolidado plenamente. Todavia, as mudanças que seguem o curso do desinvestimento em saúde pública colocam em questão com maior intensidade os modelos de assistência em disputa, como se evidencia na fala dos trabalhadores a partir deste levantamento, e sinaliza a importância da reafirmação e articulação em defesa da Rede de Atenção Psicossocial desde a elaboração das políticas públicas nos níveis centrais de planejamento e gestão do SUS até às práticas de produção de saúde no território, a cada dia.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. Direitos humanos, cultura e loucura no Brasil: um novo lugar social para a diferença e a diversidade. *In*: AMARANTE, Paulo; PITTA, Ana Maria F.; OLIVEIRA, Walter F. (org.). **Direitos humanos e saúde mental**. São Paulo: Hucitec, 2017. cap 4, p. 107-133.
- AMARANTE, Paulo; COSTA, Ana Maria. **Diversidade cultural e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2012. (Coleção Temas Fundamentais da Reforma Sanitária, n. 10).
- ALMEIDA, Erika Rodrigues de *et al.* Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. e180, 2018.
- BEZERRA, Gabriela Pinheiro; MORENO NETO, José Luiz. Tecituras do cuidado: a Saúde Mental cartografada na Atenção Primária. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, 2021.
- BOTEGA, Mariane da Silva Xavier. **Vulnerabilidade programática**: avaliação participativa do cuidado em saúde mental em uma Estratégia de Saúde da Família. 2020. 209 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 681, 22 set. 2017.
- BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 16 dez. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2011a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3088, 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 (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2011b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola. **Cadernos de Atenção Básica**: Diretrizes do NASF, Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2006a

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 23 fev. 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**: cartilha da PNH. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 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, p. 2, 09 abr. 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do programa saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et al.* A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, supl., p. 983-995, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0324>.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; PEREIRA JÚNIOR, Nilton. A atenção primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2655-2663, 2016.

CARVALHO, Vitor Aguiar Lobato de. **Moralidades sobre o uso problemático de álcool em uma unidade da Estratégia Saúde da Família no Rio de Janeiro**. 2019. 117 f. Dissertação (Mestrado Medicina Social) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 8, p. e00056917, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00056917>.

CORREIA, Patrícia Caroline Iacabo; GOULART, Patrícia Martins; FURTADO, Juarez Pereira. A avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). **Saúde em Debate**, v. 41, n. esp., p. 345-359, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S25>.

SOUSA, Suianne Braga; COSTA, Lourdes Suelen Pontes; JORGE, Maria Salete Bessa. Cuidado em saúde mental no contexto da atenção primária: contribuições da enfermagem. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p. 151-164, 2019. DOI: 10.22278/2318-2660.2019.v43.n1.a3024.

DIAS, Denise Mayara de Souza Pessoa *et al.* Assistência de enfermagem na atenção primária à saúde de adolescentes com ideações suicidas. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 24, p. 1-9, 2020.

ESCOREL, Sarah *et al.* O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 21, p. 164-176, 2007.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; MATTA, Gustavo Corrêa. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. *In*: MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; CORBO, Anamaria D'Andrea (org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. p. 43-67. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4).

FILARDI, Agnes Fonseca Ribeiro *et al.* Medicalização da vida nas práticas vinculadas à estratégia saúde da família. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 24, n. 2, p. 421-445, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2021v24n2p421.10>.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo assistencial. *In*: MERHY, Emerson Elias. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 55-124.

GARCIA, Cristhiane Comitre. **O cuidado ao sofrimento psíquico nos territórios: a saúde mental (re)vista pela atenção básica**. 2019. 101 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Assis, 2019.

GIOVANELLA, Ligia; FRANCO, Cassiano Mendes; ALMEIDA, Patty Fidelis de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1475-1482, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>.

MELO, Eduardo Alves *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, n. esp., p. 38-51, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>.

MULLER, Manuela Rodrigues. **Competência cultural no matriciamento em saúde mental**. 2019. 187 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

LIMA, Antonio Moacir de Jesus *et al.* Olhares sobre a assistência em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde em municípios de pequeno porte: emergência de práticas inovadoras. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.200678>.

NORONHA, Daisy Pires; FERREIRA, Sueli Mara S. P. Revisões de literatura. *In*: CAMPELLO, Bernadete Santos; CONDÓN, Beatriz Valadares; KREMER, Jeannette Marguerite (org.). **Fontes de informação para pesquisadores e profissionais**. Belo Horizonte: UFMG, 2000.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018.

PEREIRA, Rafaela Miranda Proto; AMORIM, Fábio Ferreira; GONDIM, Maria de Fátima de Novais. A percepção e a prática dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a Saúde Mental. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, supl. 1, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.190664>.

PINHEIRO, Guilherme Emanuel Weiss; KANTORSKI, Luciane Prado. Contribuições do enfermeiro para o apoio matricial em saúde mental na atenção básica. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 11, p. 49, 2021. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769253339>.

ROTELLI, Franco. A instituição inventada. *In*: NICÁCIO Maria Fernanda. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 89-99.

ROTOLI, Adriana *et al.* Saúde mental na Atenção Primária: desafios para a resolutividade das ações. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 2, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0303>.

SAFFER, Denis Axelrud; MATTOS, Leonardo Vidal; REGO, Sábata Rodrigues de Moraes. Nenhum Serviço de Saúde a Menos: movimentos sociais, novos sujeitos políticos e direito à saúde em tempos de crise no Rio de Janeiro, Brasil. **Saúde em Debate**, v. 44, n. esp. 1, p. 147-159, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020S113>.

SAMPAIO, Mariá Lanzotti; BISPO JÚNIOR, José Patrício. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. e00042620, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00042620>.

SANTOS, Aline Silva Markoski. **A saúde mental infantojuvenil e atenção básica: um estudo de caso**. 2019. 118 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2019.

SILVA JÚNIOR, Fernando José Guedes da *et al.* Pesquisa-ação sobre saberes e práticas de agentes comunitários de saúde acerca da prevenção do comportamento suicida. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.200386>.

STIVAL, Ana Paula Cintra. **Ações de saúde mental na atenção primária à saúde: perspectivas para a enfermagem**. 2019. 140 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2019.

VENTURINI, Ernesto. **A linha curva: o espaço e o tempo da desinstitucionalização**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.