ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA – EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO LOCAL

KÁTIA JUSTINA SILVA FRANÇA

DIFICULDADES DE ACESSO E PRÁTICAS EXITOSAS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA:
Uma revisão da literatura

VITÓRIA
2022

KÁTIA JUSTINA SILVA FRANÇA

DIFICULDADES DE ACESSO E PRÁTICAS EXITOSAS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA:

Uma revisão da literatura

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Profª Dra. Tassiane Cristina Morais

Área de Concentração: Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local.

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais.

VITÓRIA

2022

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

França, Kátia Justina Silva
F814d Dificuldades de acesso e práticas exitosas dos serviços de saúde mental na atenção básica : uma revisão de literatura / Kátia Justina Silva França - 2022.
79 f : il.

Orientadora: Profª. Drª. Tassiane Cristina Morais.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2022.

1. Atenção primária à saúde. 2. Saúde mental. 3. Política Pública de Saúde. 4. Transtornos mentais. I. Morais, Tassiane Cristina. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD: 362.10685

KÁTIA JUSTINA SILVA FRANÇA

DIFICULDADES DE ACESSO E PRÁTICAS EXITOSAS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA:
Uma revisão da literatura

Aprovada em 09 de agosto 2022.

BANCA EXAMINADORA

_____
Profª Dra. Tassiane Cristina Morais
Escola Superior de Ciências da Santa
Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM
(Orientadora)

_____
Prof. Dr. Alan Patrício da Silva
Escola Superior de Ciências da Santa
Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM
(Membro interno)

_____
Profª Drª Blanca Elena Guerrero Daboin
Centro Universitário FMABC
(Membro externo)

RESUMO

Os transtornos mentais constituem um significativo fardo global e a falta de acesso e utilização de serviços de saúde é preocupante, devido ao agravamento deste problema, que pode levar a incapacidades. Nesse contexto, este estudo tem como objetivo analisar o acesso da população brasileira aos serviços de saúde mental na atenção básica, procurando destacar as experiências exitosas e as dificuldades apontadas por estes estudos para o acolhimento e acompanhamento destes usuários. A pesquisa foi desenvolvida por meio de revisão integrativa da literatura, onde foram analisadas publicações em língua portuguesa, a partir do ano de 2001, quando foi promulgada a Lei nº 10.216, que criou e buscou assegurar direitos das pessoas com transtorno mental. A busca foi realizada tendo como referência as bases de dados Medline (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*), Lilacs (Literatura Latino-americana em ciências da Saúde) e Scielo (*Scientific Electronic Library Online*), além de bancos de Teses e Dissertações. A estratégia de busca utilizou as seguintes combinações de palavras-chave, baseadas nos descritores em Ciências da Saúde (DeCS): (“saúde mental” AND “atenção primária à saúde” AND “acesso aos serviços de saúde”) e (“saúde mental” AND “atenção primária à saúde” AND “acolhimento”). Foram considerados critérios de inclusão os estudos publicados em língua portuguesa, disponíveis na íntegra, publicados a partir de 2001. Foram excluídos os estudos disponíveis somente em resumo, duplicados e que não atendiam aos objetivos da pesquisa. O estudo foi conduzido a partir das recomendações propostas no guia *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses* (PRISMA). Os estudos selecionados foram analisados detalhadamente, de forma crítica e, a fim de apresentar as principais informações obtidas nos mesmos, foram organizados através de uma tabela e posteriormente discutidos. Os resultados demonstraram que o acesso das pessoas com transtornos mentais vem ocorrendo de forma fragmentada na atenção básica, situação decorrente de fatores como número insuficiente de profissionais e especialistas em saúde mental, treinamento e habilidades inadequadas da força de trabalho, rede de atendimento fragmentada, bem como atitude negativa e estigma em relação doença do metal. Concluiu-se que investir no treinamento e educação da força de trabalho na identificação e gestão de transtornos mentais na atenção primária, para que possam oferecer um cuidado integral e articulado, são essenciais para abordar a

enorme lacuna existente no tratamento dessas doenças mentais. Esses programas e ferramentas de treinamento, juntamente com o apoio contínuo de serviços especializados de saúde mental à equipe de saúde da atenção primária, são o único caminho a seguir para superar as necessidades de atendimento destes usuários, integrando suas ofertas de saúde mental e física para garantir o acesso adequado aos cuidados.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Saúde Mental. Acesso. Políticas Públicas.

ABSTRACT

Mental disorders constitute a significant global burden and the lack of access and use of health services is worrying, due to the worsening of this problem, which can lead to disabilities. In this context, this study aims to analyze how the access of people with mental disorders in primary care has been occurring, seeking to highlight the successful experiences and difficulties pointed out by these studies for the reception and monitoring of these users. The research was developed through an integrative literature review, where publications in Portuguese were analyzed, starting in 2001, when Law nº 10.216 was enacted, which created and sought to ensure the rights of people with mental disorders. The search was performed using Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), Lilacs (Latin American Literature in Health Sciences) and Scielo (Scientific Electronic Library Online) databases, as well as theses and dissertations databases. The search strategy used the following combinations of keywords, based on the descriptors in Health Sciences (DeCS): (“mental health” AND “primary health care” AND “access to health services”) and (“mental health ” AND “primary health care” AND “reception”). Inclusion criteria were studies published in Portuguese, available in full, published from 2001 onwards. Studies available only in summary, duplicates and which did not meet the research objectives were excluded. The study was conducted based on the recommendations proposed in the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses (PRISMA) guide. The selected studies were analyzed in detail, in a critical way and, in order to present the main information obtained in them, they were organized through a table and later discussed. The results showed that the access of people with mental disorders has occurred in a fragmented way in primary care, a situation resulting from factors such as insufficient number of professionals and specialists in mental health, inadequate training and skills of the workforce, a fragmented service network, as well as as a negative attitude and stigma towards metal disease. It was concluded that investing in the training and education of the workforce in the identification and management of mental disorders in primary care, so that they can offer comprehensive and articulated care, are essential to address the huge gap that exists in the treatment of these mental illnesses. These training programs and tools, together with the ongoing support of specialized mental health services to the primary care health team, are the only way forward to overcome the

care needs of these users, integrating their mental and physical health offerings to ensure adequate access to care.

Keywords: Primary Health Care. Mental health. Access. Public policy.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudo de Saúde
CIB	Comissão de Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
FEGE	Fator de Estímulo à Gestão Estadual
FEM	Fator de Estímulo à Municipalização
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MFC	Médicos de Família e Comunidade
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NOB	Normas Operacionais Básicas
PAB	Piso da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PTM	Pessoas com Transtorno Mental
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TSB	Técnico de Saúde Bucal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 9

2 JUSTIFICATIVA 11

3 OBJETIVOS 12

3.1 OBJETIVO GERAL 12

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 12

4 REFERENCIAL TEÓRICO 13

4.1 POLÍTICAS PÚBLICAS 13

4.2 POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE 18

4.3 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA 26

4.4 ACESSO À SAÚDE NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE 31

4.5 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE ORIENTADA PARA PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL 34

5 METODOLOGIA 39

5.1 TIPO DE PESQUISA 39

5.2 ESTRATÉGIAS DE PESQUISA 40

5.3 ANÁLISE DOS RESULTADOS 40

6 RESULTADOS 42

7 DISCUSSÃO 57

7.1 EXPERIÊNCIAS EXITOSAS PARA O ACESSO DE PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA 57

7.2 FATORES QUE DIFICULTAM O ACESSO DE PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA 62

CONSIDERAÇÕES FINAIS 70

REFERÊNCIAS 71

ANEXO A – CHECK LIST PRISMA 78

1 INTRODUÇÃO

As políticas públicas de saúde são uma ferramenta fundamental para alcançar a qualidade de vida, bem-estar e desenvolvimento humano e definem as metas de responsabilidades entre os setores e níveis envolvidos em um sistema de saúde, definindo as ações a serem desenvolvidas para toda a população ou determinado grupo, sendo apresentadas por meio de decretos, resoluções ou leis e visam garantir acesso e assistência a todos os usuários (ALBUQUERQUE, 2015).

No Brasil, a assistência à população é realizada, principalmente por meio dos serviços de a atenção primária à saúde (APS), que configura-se em uma abordagem abrangente para a organização e operação dos sistemas de saúde, que busca maximizar a equidade e prestar atenção integral, integrada e adequada ao longo do tempo, enfatizando a prevenção e promoção e garantindo o primeiro contato do usuário com o sistema, tomando as famílias e comunidades como base para o planejamento e a ação (MACÊDO, 2020).

Cada equipe de saúde atua em um cenário privilegiado para potencializar a atenção à saúde da sua população, cuidando para que se mantenha saudável e, se ficarem doentes, aja cedo para evitar danos maiores. No que se refere à saúde mental, a equipe deve atuar com ações de promoção e prevenção. Essa proximidade no cuidado aumenta as chances de acomodar as necessidades de saúde mental quando é prestada atenção integral (MARQUES; MENDES, 2014).

Como existe uma relação múltipla e variada entre os componentes físico e mental da saúde, os transtornos mentais aumentam o risco de sofrer de doenças transmissíveis e não transmissíveis, além de contribuir para lesões não intencionais e intencionais. Além disso, muitas condições patológicas aumentam o risco de transtornos mentais e essa comorbidade não só dificulta a busca por ajuda e de tratamento, mas influencia o prognóstico. Dado que as condições neuropsiquiátricas, que incluem os transtornos mentais, constituem uma das principais cargas de doenças no Brasil, é importante que o atendimento seja realizado na APS, que é a porta de entrada para o sistema de saúde (MENEZES, 2018).

Portanto, na atual realidade do Sistema Único de Saúde (SUS), a APS tem papel fundamental na abordagem da saúde mental e por isso tem buscado avançar nos níveis de cobertura, resolutividade, competência e nível de participação do usuário. Quanto ao seu papel, a APS é o nível mais adequado para desenvolver atividades de promoção, prevenção, atendimento e tratamento de casos de leve e moderada complexidade (ROCHA *et al*., 2018).

Entretanto, o acesso aos serviços de saúde, que tem um impacto considerável na saúde geral da população, tem sido considerado problemático não apenas no Brasil, mas em diversos países em desenvolvimento. Quando os serviços de saúde são suficientemente utilizados, isso permite a detecção e diagnóstico precoce de doenças para que possam ser abordadas de forma mais proativa. Isso, por sua vez, resulta em efeitos positivos sobre doenças crônicas e expectativa de vida. Segundo Silva *et al*. (2017), a maioria dos sistemas de saúde em todo o mundo enfatiza a minimização de barreiras ao acesso à saúde para seus cidadãos, mas uma infinidade de desafios complica sistematicamente esse objetivo.

Tendo então exposto os aspectos políticos e institucionais que envolvem a problemática, colocamos como questão norteadora desta pesquisa: Quais são os êxitos e as dificuldades de acesso aos serviços de saúde mental no ponto de atenção da rede conhecido como Atenção básica?

Nesse contexto, este estudo tem por objetivo analisar os êxitos e as dificuldades de acesso da população brasileira aos serviços de saúde mental na atenção básica desde 2001 a 2022, por meio de uma revisão integrativa de literatura.

2 JUSTIFICATIVA

Os transtornos de saúde mental e uso de substâncias afetam cerca de 900 milhões de indivíduos em todo o mundo, o que corresponde a 13% da população mundial. No Brasil, estima-se que 35,272 milhões de pessoas sofram com transtornos mentais, sendo que o país possui a maior taxa de pessoas com ansiedade e ocupa o quinto lugar no ranking considerando o número de indivíduos com depressão (OMS, 2022).

O sofrimento psíquico tem sido alvo de diversas pesquisas e debates na sociedade, pois é possível observar um crescimento cada vez maior de pessoas que apresentam esta demanda. Embora o impacto social específico da doença mental varie entre as culturas e nações, quando não tratada, apresenta custos significativos para a sociedade. Em 2001, a OMS estimou que os problemas de saúde mental custavam às nações desenvolvidas entre 3-4% do seu produto interno bruto (PIB). Além disso, os transtornos mentais estão aumentando em todos os países do mundo e custarão à economia global cerca de US$ 16 trilhões até 2030. O custo econômico se deve principalmente ao início precoce da doença mental e à perda de produtividade, com uma estimativa de 12 bilhões de dias de trabalho perdidos a cada ano (PATEL *et al*., 2018).

No Brasil, o acesso aos serviços de saúde mental ocorre principalmente a partir dos serviços de Atenção Primária à Saúde, estes possibilitam acesso dos usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, apesar do país possuir políticas públicas de saúde voltados aos cuidados de saúde mental, à elevada prevalência de problemas de saúde mental enfrentados pela população brasileira (OMS, 2022) é um indício de que ações necessitam ser desenvolvidas para a promoção de saúde mental. Mas, para que ações possam ser desenvolvidas e implementadas, faz-se necessário compreender, no que tange os serviços de cuidado mental existentes, se o acesso tem se efetivado em sua integralidade, bem como descrever as dificuldades e as experiências exitosas dos serviços existentes.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as práticas exitosas e as dificuldades de acesso da população brasileira aos serviços de saúde mental na atenção básica.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever os estudos existentes na literatura científica segundo objetivo e tipo de estudo;

Descrever as experiências bem-sucedidas de acesso das pessoas com transtorno mental na atenção básica;

Descrever as dificuldades que inerentes à Atenção básica no acolhimento das pessoas com transtorno mental.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Ao se tratar da saúde como direito, torna-se necessário, inicialmente, explicitar a relação entre o Estado e as ações por ele desenvolvidas, o que ocorre através das políticas públicas. Assim, em um primeiro momento, este estudo se dedica a uma conceituação de políticas públicas, enfocando, posteriormente, as políticas públicas de saúde e acesso à saúde mental, por ser este o tema desta pesquisa.

4.1 POLÍTICAS PÚBLICAS

O tratamento das políticas públicas, no âmbito da ciência política, requer a compreensão temática desde o seu surgimento e desenvolvimento. Em princípio, a expansão das políticas públicas está associada ao crescimento do estilo de Estado denominado *Welfare State*, ou Estado de Bem-Estar Social, estendendo as suas atividades a áreas onde sua competição era pequena ou nenhuma (originalmente a Segurança social) (SECCHI, 2013).

De acordo com Howlett, Ramesh e Perl (2013), nas últimas décadas, o entendimento das políticas públicas é muito mais abrangente do que a redução a certas áreas ou a certos Estados, já fazendo parte das diretrizes governamentais e não se concentrando no suporte ideológico-produtivo de cada Estado (capitalista ou socialista).

A gestão governamental, até aproximadamente a década de 1980, foi caracterizada pelo dimensionamento do Estado. Entretanto, a partir da década de 1990, houve uma crise deste modelo e o surgimento dos Estados liberais, com a noção de Estado Mínimo onde, embora o Estado possa providenciar a proteção dos direitos das pessoas, não pode exercer legitimamente o seu poder político de qualquer outra forma, porque a sua existência só pode ser justificada quando constitui uma autoridade política mínima. Assim, se o Estado buscar um papel mais amplo do que a estreita função de fornecer proteção, estaria interferindo com a liberdade e propriedade de seus cidadãos e, ao fazê-lo, violaria seus direitos absolutos (PEREIRA; STEIN, 2010).

Junto com a transformação produzida pela crise do Estado do Bem-Estar, também ocorreram modificações na centralidade de suas estruturas (direcionamento vs. intenção de universalidade) e a natureza das intervenções. Segundo Pereira (2008), a contrapartida do Estado Providência foi dada pela imposição do modelo neoliberal, que tem mostrado ao longo do tempo que não está em posição de compensar os efeitos destes ajustes, nem para garantir benefícios básicos em áreas que tradicionalmente tiveram uma cobertura estatal ampliada (saúde, educação, habitação, etc.).

Entretanto, apesar de todas as críticas, o Estado de Bem-Estar ainda regula e implementa as políticas sociais na atualidade. De acordo com Castro (2012), apesar de exposto a algumas transformações e em certa medida substituído por políticas neoliberais, em decorrência das mudanças causadas pela globalização e a era da informação, o Estado de Bem-Estar deverá continuar sua existência em novas formas e permanecer como um importante poder regulador das políticas sociais no futuro.

Uma política geralmente vem na forma de declarações gerais sobre prioridades, regulamentos escritos ou diretrizes, procedimentos e/ou padrões a serem alcançados. Em sua forma mais simples, a política se refere a um caminho distinto de ação que é adequado para a busca dos objetivos desejados dentro de um determinado contexto, direcionando a tomada de decisão de uma organização ou indivíduo (MATIJASCIC, 2019).

Nesse contexto, Vázquez e Delaplace (2011, p. 36) definem uma política pública como:

> Ação estatal deve estar focada no bem-estar público, trata-se de uma ação pública realizada com recursos que também são públicos, porque tanto os objetivos quanto os mecanismos ou procedimentos através dos quais a ação governamental se concretiza devem fazer com que se obtenha o maior bem-estar possível da forma mais eficiente. Dessa forma, a PP tem o objetivo de encarar e resolver um problema público de forma racional através de um processo de ações governamentais.

Assim, de um modo geral, política pública é o que o governo escolhe fazer ou não fazer, ou seja, é uma decisão tomada para agir ou não para resolver um problema. Para Botelho (2019), é um curso de ação que orienta uma série de atos relacionados

em um determinado campo, raramente lidando com um problema, mas com grupos de situações. Assim, a metodologia da política pública é um processo de balanceamento de soluções diferentes que atendem aos diferentes aspectos de um conjunto de problemas.

A política pode ser formal, quando assume a forma de um documento de planejamento que foi discutido, escrito, revisado, aprovado e publicado por um órgão de formulação de políticas. A política informal pode ser uma prática geral, não escrita, mas amplamente reconhecida ou compreendida dentro de uma organização de que um curso de ação deve ser seguido e, embora não possa ser explicitada por escrito, ainda existe na prática (MATIJASCIC; GUERRA; ALDRIN, 2011).

A política vem daqueles que têm autoridade legítima para impor diretrizes normativas para uma determinada ação. Segundo Secchi (2013), o desenvolvimento de políticas públicas é um processo interativo e não linear, que se desenvolve em fases: a primeira fase se refere ao surgimento de um problema que requer atenção e decisão dos entes públicos; em seguida, a inserção do problema na agenda do governo para encontrar uma solução; a formulação de várias alternativas para resolver o problema; a tomada de decisão; a implementação; avaliação e, em alguns casos, extinção da política, quando esta tiver atingido seu objetivo, como apresentado na figura 1.

Figura 1 – Ciclo das políticas públicas

Fonte: Macedo (2020)

Na realidade, o processo é menos ordenado, mas a ideia de um 'ciclo' facilita a compreensão e organização. O ciclo da política conecta uma variedade de atores-chave no processo, por meio de seus envolvimentos com as diferentes etapas. Indivíduos, instituições e agências envolvidas nos processos de política são chamados de atores. O governo é muitas vezes considerado a única entidade envolvida na formulação de políticas e tem a decisão final e o poder de financiamento, mas existem muitos outros atores que contribuem, muitas vezes em uma rede da qual o governo depende para a entrega dos objetivos de determinadas políticas complexas (SECCHI, 2013).

A visão regulatória e distributiva das políticas públicas serve para garantir que todos os que vivem em sociedade tenham liberdades sociais e oportunidades iguais, onde garantir o bem-estar de cada indivíduo é o principal objetivo do Estado e de outras organizações que atuam nas políticas sociais. Os membros da sociedade têm necessidades como educação, seguridade social, serviços de saúde e habitação e essas políticas visam garantir estes direitos por meio de regulamentações legislativas (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

Para Botelho (2019), como a política pública é afetada por desenvolvimentos sociais, ela muda com base nas necessidades dos indivíduos e o Estado faz novas regulamentações com base nessas necessidades. É possível fazer regulamentos separados para aqueles que precisam de proteção do ponto de vista da política social para crianças e jovens, para deficientes, para famílias com baixos rendimentos, para os idosos, dentre outros grupos.

Os fatores que afetam e determinam a política social não são apenas as necessidades da sociedade e dos indivíduos, mas também os movimentos ideológicos, as taxas de criminalidade, o desemprego, a mídia, a política, os grupos industriais e a violência, fatores econômicos e a natureza do Estado (social-democrata, liberal, etc.). Segundo Secchi (2013), existe também uma interação mútua entre a política social e as políticas econômicas, entendendo que o desenvolvimento de um país não é possível apenas através do crescimento econômico, mas também alcançando um crescimento justo e equilibrado para

resolver os problemas sociais. Nessa perspectiva, os problemas da economia e os da política social precisam ser tratados em conjunto.

Pereira (2008, p. 47) ressalta que, tanto as políticas como a questão social vêm sofrendo mudanças e adquirindo novo perfil e na contemporaneidade, “as políticas sociais como mecanismo de regulação da questão social não desapareceram, mas reestruturaram-se na tentativa de responder aos desafios impostos pelas metamorfoses da questão social”.

Assim, como forma de responder aos anseios da sociedade por assistência, o Estado desenvolve políticas públicas voltadas à educação, assistência social, geração de renda e também da saúde, dentre outras, por entender que as desigualdades socioeconômicas estão associadas à exposição desigual a fatores de risco sociais, econômicos e ambientais, que por sua vez contribuem para as desigualdades em saúde. Assim, compreender o impacto de intervenções específicas de políticas de saúde pública ajuda a estabelecer a causalidade em termos dos efeitos sobre as desigualdades em saúde.

Para Dweck, Silveira e Rossi (2018), as políticas de saúde pública podem ser entendidas como aquelas políticas ou programas que mudam a distribuição de risco à saúde ao abordar as condições sociais, econômicas e ambientais subjacentes, agindo nos níveis de prevenção primário e secundário. Além disso, definem intervenções em nível de população como aquelas aplicadas a populações, grupos, áreas, jurisdições ou instituições, abrangendo diversos domínios-chave, como tabaco, álcool, alimentação e nutrição, serviços de saúde reprodutiva, controle de doenças infecciosas, saúde mental, meio ambiente (acidentes de trânsito, poluição do ar, do solo e da água) e regulamentações do local de trabalho. Além disso, são categorizadas por mecanismos específicos de aplicação em política fiscal, regulamentação, educação, tratamento preventivo e rastreamento.

Assim, uma política pública de saúde é constituída por leis, regulamentos, planos e ações que são empreendidos para atingir as metas de saúde pública em uma sociedade. Embora a sua formação seja um processo complexo que envolve vários fatores, incluindo considerações de viabilidade, interesses das partes interessadas e

valores políticos, evidências de pesquisas sólidas devem servir como ponto de partida ao projetar e defender soluções de políticas de saúde pública (DWECK; SILVEIRA; ROSSI, 2018). Para Albuquerque (2015), o desenho da política deve ser baseado na melhor evidência de pesquisa disponível, com um entendimento de que a força dessa evidência pode variar entre questões de saúde pública e mudar ao longo do tempo. Para problemas emergentes, as evidências de pesquisas que apóiam as soluções de políticas podem ser limitadas, devendo, portanto, incluir mecanismos de monitoramento e avaliação para determinar a sua eficácia e os resultados das avaliações podem ser utilizados para refinar a sua implementação e/ou apoiar a sua expansão.

4.2 POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE

Políticas públicas de saúde são as leis, regulamentos, ações e decisões implementadas para promover o bem-estar da sociedade e garantir que objetivos específicos de saúde sejam alcançados. Buscam, dessa forma, encontrar soluções para problemas previamente identificados e desempenham um importante papel, ajudando a melhorar a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida da população. As politicas públicas de saúde no Brasil são resultado dos movimentos sociais ao longo da história, culminando com a Constituição de 1988, que tornou a saúde um direito fundamental (CONCEIÇÃO, 2017).

Conforme afirmação de Faleiros (2005, p. 48), “a política social possibilita uma gestão, ainda que conflitiva, da força de trabalho para que ela se reproduza nas melhores condições para o capital”. Tal afirmação sustenta o fato de o Estado utilizar políticas sociais para se manter no controle social, as direcionando para os segmentos mais pobres da população, tornando-as focalistas, mesmo que constitucionalmente sejam tais políticas classificadas como universais. No Brasil, as políticas sociais surgiram como forma de acalmar a classe trabalhadora, que reivindicava melhores condições de vida e de trabalho. No campo da saúde, a mobilização destes movimentos levou a discussões aprofundadas sobre o acesso universal à saúde como forma de ampliar os direitos sociais e democráticos.

Os alicerces do Sistema Único de Saúde (SUS) foram sendo definidos nos anos de 1980, originados por um grande movimento que envolvia um novo modelo do sistema de saúde atrelado à luta pela redemocratização e o fim da ditadura militar. Naquele período, o Brasil passava por uma fase de grandes críticas e questionamentos sobre o sistema de saúde existente, voltado apenas para a assistência médica, representado pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

De acordo com Bravo (2001), a saúde nessa década, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo assim para um amplo debate que permeou a sociedade civil. Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia.

Dos personagens que entraram em cena nesta conjuntura, destacam-se: os profissionais de saúde representados pelas suas entidades, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da saúde e democracia e elaboração de contrapropostas; os partidos políticos de oposição, que colocaram tal temática em seus programas e viabilizaram debates no Congresso Nacional para discussão da política do setor; e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil (BRAVO, 2001).

A partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, firmaram-se discussões e a construção das diretrizes que deveriam ser seguidas na Assembléia Nacional Constituinte, tendo sido, posteriormente, incorporadas à Constituição brasileira de 1988, delineando o Sistema Único de Saúde (BRAVO, 2001).

A VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em março de 1986, em Brasília, teve como temário central a saúde como direito inerente à cidadania; a reformulação do Sistema Nacional de Saúde em consonância com os princípios de

universalização, participação e descentralização; a integração orgânico-institucional; a redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estados, Territórios e Municípios) na prestação de serviços de saúde; e o financiamento do setor saúde. Esta Conferência foi um dos eventos político-sanitários mais importantes devido ao seu caráter democrático e ao processo social que se estabeleceu a partir das conferências municipais e estaduais, como a ampliação do debate em termos de toda a sociedade (WESTPHAL; ALMEIDA, 2001).

Oferecer um atendimento à saúde de toda a população brasileira, em lugar da cobertura apenas aos contribuintes, era um dos maiores desafios do novo sistema. Também a descentralização era uma meta, através da articulação entre as três esferas de governo, além de se buscar, em lugar da medicina curativa, ações de prevenção, promoção e recuperação (ALBUQUERQUE, 2015).

A Constituição de 1988 é considerada um marco do início da reforma no setor da saúde, em busca da superação das desigualdades existentes, pois, até então, o Estado protegia somente aqueles que possuíam vínculo formal de trabalho, sendo excluídos com a produção de bens e serviços. Os excluídos do processo econômico formal eram também excluídos da cobertura do Estado. A saúde era tratada como questão de misericórdia; sendo a grande rede de Assistência à Saúde da população, formada pelas Santas Casas de Misericórdia (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

A partir de então, a questão da saúde deixou de ser individual e passou a ser coletiva, o que representou um avanço na garantia deste direito para toda a população. O direito universal e integral a saúde, conquistado na constituição de 1988, foi reafirmado com a criação do SUS, através da Lei nº 8080/90, Lei Orgânica da Saúde (LOS), gerando um novo modelo assistencial, dando fim à noção estritamente relacionada ao âmbito curativo de doenças e trazendo a ideia da prevenção, promoção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990). No entanto, a grande transformação que esse modelo propõe está calcada na participação popular e dos diversos setores responsáveis pelo bem-estar e pelo desenvolvimento da comunidade, entendendo a saúde como produção social, como construção coletiva, conquistada cotidianamente.

A Lei nº 8.080/1990 tem por objetivo a garantia da saúde reforçando, em seu artigo 2º, que é instituída com base no preceito constitucional de que a saúde é um direito fundamental do ser humano, obrigando o Estado a prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (BRASIL, 1990).

A referida Lei também determina quais são as atribuições dos diferentes níveis de governo com a saúde; estabelecendo responsabilidades nas áreas de vigilância sanitária, epidemiologia e saúde do trabalhador; regulamentando o financiamento da política entre as três esferas de governo e definindo os espaços de participação popular; formalizando também a saúde como área de relevância pública e a relação do poder público com as entidades privadas com base nas normas do direito público; dentre outros vários princípios fundamentais do SUS (BRASIL, 1990).

Na década de 1990, o setor de saúde foi marcado pela implementação gradativa dos preceitos constitucionais, regulamentados principalmente através das Normas Operacionais Básicas (NOB). Em cada NOB, novas formas de relação entre os gestores foram sendo introduzidas e, com elas, novos formatos de alocação de recursos no setor. Estas Normas Operacionais representaram um importante instrumento de regulamentação desse processo de descentralização, à medida que estabelecem, de forma negociada, mecanismos e critérios para a transferência de responsabilidades e recursos para estados e municípios (BRASIL, 1991; 1992; 1993; 1996).

No decorrer dos anos 1990, foram editadas quatro normas: NOB 01/91, NOB 01/92, NOB 01/93 e NOB 01/96, ressaltando-se que as duas últimas resultaram de processos de negociação mais intensos, especialmente no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 1991; 1992; 1993; 1996).

A NOB 01/91 definia o repasse direto e automático de recursos do fundo nacional aos fundos estaduais e municipais de saúde, sendo 50% por critérios populacionais e os outros 50% segundo o perfil epidemiológico e demográfico, a capacidade instalada e a complexidade da rede de serviços de saúde, a contrapartida financeira, etc. Desta forma, redefiniu toda a lógica de financiamento e, consequentemente, de

organização do SUS, instituindo um sistema de pagamento por produção de serviços (BRASIL, 1991).

A NOB 01/92 trouxe consigo um mecanismo bastante peculiar de incentivo e estímulo à descentralização: o Fator de Estímulo à Municipalização (FEM) e o Fator de Estímulo à Gestão Estadual (FEGE), bem como o Pró-Saúde, o qual buscava a realização da gestão de referência regionalizada referida na LOS, art. 7º, IX, "b". Tal Norma, contudo, não conseguiu tornar efetivas tais previsões, mas ampliou o número de municípios credenciados para gestão municipalizada da saúde para 1.074, mais que o triplo do obtido em 1991, que somava 321 (BRASIL, 1992).

A NOB 01/93, do SUS, não sofreu as influências do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência (INAMPS) como as NOBs anteriores. Em 1993, já havia acontecido a IX Conferência Nacional de Saúde, destacando a necessidade da municipalização, trazendo, como consequência, grandes mudanças no quadro estabelecido até então. A NOB 01/93 introduziu formas de gestão como critério de classificação dos Estados e Municípios. A pactuação entre as esferas de governo deveria ser realizada através das Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Intergestores Bipartite (CIB) (BRASIL, 1993).

Os Estados e Municípios deveriam se habilitar a uma das três formas de gestão: incipiente, parcial ou semiplena, segundo o nível organizacional e comprometimento com o SUS. Para os Estados, existiriam as formas parcial e semiplena, cada uma representando um nível diferente e progressivo de transferência de responsabilidades e autonomia de gestão. Aqueles Municípios e Estados habilitados na condição semiplena receberiam recursos pelo mecanismo de transferência fundo a fundo, como previsto na Lei 8.080/90 (OLIVEIRA JÚNIOR, 2000).

A NOB 01/96 criou duas novas formas de gestão municipal: a "Gestão Plena da Atenção Básica" e a "Gestão Plena do Sistema Municipal". No primeiro caso, o município ficaria responsável pela assistência básica, prestada em unidades próprias ou através de contratos com provedores. No segundo caso, o município seria totalmente responsável pelos serviços ambulatoriais e hospitalares e teria

autonomia para decidir sobre alteração de valor dos procedimentos médicos e outros pontos relacionados ao pagamento dos serviços (BRASIL, 1996).

A partir de então, evidenciou-se a preocupação da saúde com a atenção básica, especialmente através da criação do Piso da Atenção Básica (PAB) que introduzia um critério de financiamento diferente das formas de financiamento já existentes no Ministério da Saúde.

A implantação das NOB 01/93 e 01/96 ocasionou um intenso processo de municipalização da saúde, com a descentralização expressiva, para estados e municípios, de responsabilidades, atribuições e recursos. A descentralização impulsionada por essas normas apresentou resultados positivos relacionados, entre outros fatores, ao expressivo aumento de transferências diretas de recursos do nível federal para o estadual e municipal, ao fortalecimento da capacidade institucional de diversos estados e municípios na gestão da saúde e à expansão da rede de serviços municipais de saúde. Por outro lado, o próprio avanço da descentralização evidenciou a necessidade de enfrentamento de um conjunto de problemas, tanto no âmbito da gestão, quanto no que se refere à atenção à saúde (OLIVEIRA, 2004).

Este contexto de limites na saúde pública possui como determinante macroestrutural a concomitância entre a implantação do SUS e a presença da operacionalização das orientações neoliberais no Brasil. Apesar dos inegáveis avanços na saúde com a implantação do SUS, a partir da década de 1990, há importantes transformações societárias com graves repercussões para as políticas sociais, especialmente para a política de saúde, pois, a partir deste período, verifica-se uma tendência ao desmonte dos direitos conquistados que passam a ser submetidos à lógica do ajuste fiscal, configurando-se, desta forma, um hiato entre o direito e a realidade (COUTO, 2004).

O SUS tem como princípios a Universalidade do atendimento, a Equidade das ações, a Integralidade, a Descentralização político-administrativa dos serviços, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, a hierarquização, a regionalização e a Participação popular (BRASIL, 1988; 1990).

De acordo com Souza *et al*. (2018), a universalidade se refere a uma política fornecida a uma ampla população, independentemente da renda ou das circunstâncias sociais, envolvendo três dimensões: a amplitude: cobertura para toda a população; o escopo: cobertura de todo o espectro de serviços de saúde de qualidade de acordo com a necessidade; e a profundidade: cobertura de todos os custos dos serviços de saúde.

A cobertura universal de saúde é uma meta de muitas democracias, mas atingi-la requer a implementação de amplas reformas nos sistemas de saúde existentes e a realização de investimentos significativos em financiamento público, considerados desafios que fazem parte dos debates jurídicos e políticos no Brasil (TEIXEIRA *et al*., 2018).

A cobertura universal de saúde impulsiona a agenda global de saúde e tem sido o objetivo de muitas nações em todos os estágios de desenvolvimento, pois consiste em um meio de alcançar maior equidade, bem-estar financeiro e desenvolvimento econômico, garantindo que todos tenham acesso a serviços de saúde acessíveis e de qualidade quando necessário. Alcançar a cobertura universal de saúde também ocupa um lugar de destaque na agenda das políticas públicas. Tanto os serviços clínicos quanto as intervenções de saúde pública, entendidas como medidas preventivas baseadas na população são essenciais para os sistemas e para a saúde da população (PAIM, 2009).

O princípio constitucional da universalidade ampliou para toda a população o direito à saúde, entendida como dever do Estado, baseada no conceito de Seguridade Social e compreendida como um direito de cidadania. O princípio da universalidade implicou importante ruptura com o passado recente, no qual o direito de acesso aos serviços de saúde era exclusivo dos segurados. O princípio da equidade exige serviços e cuidados iguais frente a iguais necessidades de saúde*,* o conceito de equidade aponta para o enfrentamento das desigualdades sociais (BRASIL, 2001).

Na formulação dessas políticas, considerar a equidade na saúde significa otimizar as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham, aprendem e envelhecem, trabalhando com outros setores para abordar os fatores que

influenciam a saúde e analisando como esses determinantes sociais são distribuídos. Nesse contexto, as políticas que abordam e desmantelam esses determinantes políticos, econômicos, sociais e físicos básicos da saúde podem promover a equidade na saúde (LIMA *et al*., 2005).

Segundo Paim (2009), ao considerar a equidade em saúde, questões como uma política aumentará ou diminuirá o acesso e as oportunidades para comunidades, além de como uma política pode levar a outras consequências indesejadas, também podem ser levantadas. As considerações de equidade também podem ser incluídas durante a implementação, avaliação e monitoramento, para garantir que a equidade seja promovida por meio de indicadores que possam documentar o progresso em direção às suas metas.

O princípio da integralidade considera, em conjunto, as ações de promoção à saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. Logo, remete à articulação com outras políticas públicas como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que repercutem na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2001)

O princípio da descentralização rompe com a tradição autoritária, vertical e impessoal do Estado brasileiro ao apontar para a municipalização das ações de saúde, privilegiando o planejamento da esfera local. O principio da participação social, que prevê o controle social e, portanto, a interferência da sociedade civil na gestão pública, devendo acontecer por meio de Conselhos de Saúde e de Conferências de Saúde (ALBUQUERQUE, 2015).

Quanto ao princípio da hierarquização, entende-se que os serviços de saúde são divididos em níveis de complexidade. O nível primário deve ser oferecido diretamente à população, enquanto os outros devem ser utilizados apenas quando necessário. Quanto mais bem estruturado for o fluxo de referência entre os serviços de saúde, melhor a sua eficiência e eficácia. O princípio da regionalização, de algum modo, a este último se relaciona, pois os níveis de maior complexidade da atenção à saúde, quando o atendimento não é possível dentro do município, são contemplados de forma regionalizada. A regionalização prevê a articulação entre a rede de

serviços de uma determinada região, com vistas ao atendimento de um território de saúde (BRAVO, 2001).

Assim, Paim (2009) afirma que a rede de serviços do SUS deve ser organizada de forma regionalizada e hierarquizada, permitindo um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de uma área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.

A expansão da cobertura da atenção básica, especialmente por meio da Estratégia Saúde da Família, tem sido importante em todo o país, acentuadamente em regiões economicamente menos desenvolvidas, particularmente entre grupos de baixa renda (PAIM *et al*., 2011).

De acordo com Machado *et al.* (2019), a construção de um sistema universal de saúde no Brasil foi única na América Latina. A reforma universalista da saúde no país começou na década de 1980, com a redemocratização, que criou um ambiente no qual atores políticos dedicados à defesa da saúde como direito conseguiram ocupar espaços estratégicos. Nas décadas seguintes, sob governos democráticos, as lutas políticas por um sistema universal de saúde facilitaram a expansão do sistema público, com melhorias subsequentes nos resultados de saúde e alguma redução nas desigualdades regionais.

No entanto, o Brasil ainda apresenta graves desigualdades em saúde, em parte devido a fatores estruturais, como a posição do país na economia global, suas particularidades históricas e as características de seus sistemas de proteção social e saúde. No entanto, variáveis políticas também devem ser levadas em consideração para explicar a persistência dessas desigualdades que se manifestam fortemente na área da saúde (MARMOT, 2016).

4.3 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

A atenção primária, como ponto de primeiro contato com o sistema de saúde, ajuda a aumentar o acesso aos serviços de saúde, o que é particularmente importante

para grupos populacionais menos favorecidos, que podem não ter meios de acessar esses serviços de outra forma, ajudando a reduzir complicações e internações hospitalares por meio da prevenção e intervenção precoce

Em 2006, através da Portaria GM nº 648, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), reunindo as diretrizes que orientam as ações federais, estaduais e municipais da atenção primária à saúde (APS), que são decisões e planos realizados pelos governos com a contribuição de outras partes interessadas para atingir metas específicas de saúde. As políticas da APS promovem, apóiam e estabelecem a orientação do sistema, financiamento, insumos e mecanismos de prestação de serviços para garantir a qualidade e melhorar e desenvolver funções e resultados (BRASIL, 2006).

A PNAB surgiu com o objetivo de promover e estabelecer as políticas e metas do SUS e o estabelecimento ou reforma das políticas do sistema da APS, envolvendo a inclusão de uma ampla gama de atores, incluindo planejadores, provedores, usuários e comunidades, trabalhando para criar um sistema robusto, com administração e responsabilidade eficazes em vários níveis, envolvendo outros setores do governo por meio de liderança, parceria, defesa e mediação, a fim de alcançar resultados de saúde, enraizados no entendimento de que a saúde é determinada por muitos fatores contribuintes, além daqueles exclusivamente sob a alçada do sistema de saúde (BRASIL, 2006).

Os principais aspectos da PNAB são oferecer um serviço focado em fornecer atendimento integral centrado na pessoa; um primeiro ponto de contato acessível e responsivo para atender às necessidades das pessoas dia e noite; um serviço coordenado e integrado que emprega uma abordagem em equipe; ênfase no envolvimento com pessoas e comunidades sobre seus cuidados e a forma como os serviços são projetados e prestados; com foco na prevenção, educação para a saúde e autocuidado eficaz (FONTENELLE, 2012).

Os resultados esperados pela PNAB incluem tornar os serviços de atenção primária mais responsivos, abrangendo uma gama mais ampla de serviços na comunidade; tornar os serviços de atenção primária mais acessíveis, em maior número de locais,

permitindo que as pessoas sejam atendidas pelos profissionais e recebam maior fornecimento de informações; desenvolvimento de parcerias mais eficazes e equipes de trabalho além das fronteiras organizacionais e profissionais, como um meio de aumentar a eficácia dos serviços; engajamento mais proativo com os usuários sobre o planejamento, design e entrega do serviço; e instalações e infraestrutura melhoradas, aproveitando novas tecnologias e avanços clínicos (PINTO, 2018).

Através da Portaria nº 2.488/2011, a PNAB foi reformulada, tendo como principal mudança a reorientação do modelo de atenção e priorização da Estratégia Saúde da Família (ESF) para a qualificação e consolidação da atenção primária (BRASIL, 2011).

A PNAB de 2011 destaca como atribuição da equipe multiprofissional que compõe a Equipe de Saúde da Família (EqSF) a atuação frente ao processo de atenção à saúde das famílias cadastradas, dentro do território adscrito, bem como da coletividade, onde estão inseridas as escolas. Tal informação é legitimada pela PNAB, em 2017 (BRASIL, 2011; 2017).

Em 2017, ocorreu nova reformulação, através da Portaria nº 2.423, que definiu as Redes de Atenção à Saúde (RAS) para a organização do SUS e passou a reconhecer outras equipes, além daquelas da ESF, cabendo aos municípios a sua criação, de acordo com as características e necessidades locais. A PNAB de 2017 perdeu seu caráter propositivo, inscrito nas PNABs de 2006 e 2011, para termos ambíguos de sugestões e recomendações, flexibilizando, inclusive a cobertura à população (BRASIL, 2017).

Outra mudança se refere ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), criados em 2008 como parte integrante das ESF, a fim de consolidar a atenção primária e ampliar a oferta de saúde. Esses núcleos, a partir de então, passaram a ser denominados Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), pois passaram a compor não somente as EqSF, mas as de atenção básica (BRASIL, 2017).

A PNAB, de 2017, ratifica e remodela as ações de saúde promovidas e desempenhadas no primeiro nível de atenção à saúde, a Atenção Básica. Além das propostas trazidas, A PNAB também redimensiona as atribuições dos membros da equipe multiprofissional que compõem as EqSF, na qual se enquadram o médico de saúde da família, o dentista, o Técnico de Saúde Bucal (TSB) e/ou Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), o técnico em enfermagem, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e o enfermeiro. Este último, além das atribuições de execução técnica, também assume o importante papel de gerenciamento da equipe (BRASIL, 2017).

Consideradas em conjunto, as definições da PNAB relacionadas à APS descrevem o sistema, o atendimento e os profissionais que prestam atendimento primário. Juntos, eles formam uma estrutura onde os pacientes podem acessar serviços eficientes, equitativos e eficazes da mais alta qualidade, levando a melhores cuidados (MELO *et al*., 2018).

Assim, a APS consiste na prestação de serviços de saúde integrados e acessíveis, oferecidos por equipes de saúde que são responsáveis por atender à grande maioria das necessidades de saúde, desenvolvendo uma parceria sustentada com os pacientes e praticando no contexto da família e da comunidade. O atendimento é centrado na pessoa, baseado em equipe, alinhado à comunidade e projetado para proporcionar melhor saúde e melhor atendimento (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Os profissionais da APS são, ou devem ser treinados e qualificados em atendimento abrangente, de primeiro contato e contínuo para pessoas com qualquer sinal, sintoma ou problema de saúde não diagnosticado, não limitado pela origem do problema (biológico, comportamental ou social), sistema de órgãos ou diagnóstico. Além disso, os cuidados primários incluem promoção da saúde, prevenção de doenças, manutenção da saúde, aconselhamento, educação do paciente, diagnóstico e tratamento de doenças agudas e crônicas em uma variedade de ambientes de cuidados de saúde (MENDES; MARQUES, 2014).

A prática da APS serve como porta de entrada do paciente ao sistema e como ponto focal contínuo para todos os serviços de saúde necessários. As práticas de cuidados

primários fornecem acesso imediato à equipe de saúde, incluindo cuidados que são orientados à pessoa e à família, contínuos, abrangentes e equitativos, baseados em equipe e colaborativos, coordenados e integrados e acessíveis (PINTO, 2018).

As práticas da atenção primária atendem às necessidades de pacientes com problemas diferenciados e indiferenciados e gerenciam a grande maioria das questões de saúde, por estarem geograficamente localizadas na comunidade que atendem, facilitando, assim, o acesso aos cuidados, ao mesmo tempo em que mantém uma ampla variedade de especialidades e relações institucionais e consultivas e de referência para necessidades específicas de cuidados, que podem incluir cuidados crônicos, preventivos, agudos e de reabilitação em ambientes ambulatoriais, emergenciais e hospitalares (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A PNAB incentiva os profissionais de saúde a trabalharem juntos como equipes multidisciplinares integradas no melhor interesse dos pacientes, entendendo que estes recebem um cuidado mais qualificado quando são prestados por uma equipe de prática integrada. Os profissionais de saúde trabalham juntos como uma equipe interprofissional e interdependente no melhor interesse dos pacientes para apoiar a prestação de cuidados abrangentes. Eles gerenciam o cuidado de um paciente individual e de uma população de pacientes usando uma abordagem colaborativa e interprofissional para os cuidados de saúde. A equipe deve apoiar a comunicação e os processos aprimorados que capacitem todos os funcionários a utilizar com eficácia as habilidades, o treinamento e as habilidades de cada membro da equipe em toda a extensão de sua capacidade profissional (MENDES; MARQUES, 2014).

Para gerenciar o atendimento de um paciente individual e/ou uma população de pacientes usando uma abordagem multidisciplinar e colaborativa para cuidados de saúde. O arranjo deve apoiar uma abordagem interdependente e baseada em equipe para a prestação de cuidados abrangentes. Deve atender às necessidades do paciente por cuidados de saúde acessíveis e ser apoiado por comunicação e processos aprimorados que capacitem a equipe a utilizar com eficácia os conhecimentos, as habilidades e o treinamento de cada membro da equipe em toda a extensão de sua capacidade profissional (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A APS, como já afirmado, serve como porta de entrada para o sistema de saúde, conectando pacientes aos profissionais e, quando necessário, a outros especialistas, opções de tratamento e serviços sociais, entendendo que o acesso à atenção primária está associado a melhores resultados de saúde e custos mais baixos. À medida que o sistema se torna cada vez mais complexo, os prestadores de cuidados possuem um papel importante a desempenhar, sendo essencial que o sistema da APS esteja preparado para atender aos desafios e demandas de um sistema de saúde em mudança, mantendo seu papel como fornecedores centrais de serviços contínuos e cuidados abrangentes (MOROSINI; FONSECA, 2017).

A APS, como já afirmado, serve como porta de entrada para o sistema de saúde, conectando pacientes aos profissionais e, quando necessário, a outros especialistas, opções de tratamento e serviços sociais, entendendo que o acesso à atenção primária está associado a melhores resultados de saúde e custos mais baixos. De acordo com Morosini e Fonseca (2017), à medida que o sistema se torna cada vez mais complexo, os prestadores de cuidados possuem um papel importante a desempenhar, sendo essencial que o sistema da APS esteja preparado para atender aos desafios e demandas de um sistema de saúde em mudança, mantendo seu papel como fornecedores centrais de serviços contínuos e cuidados abrangentes.

4.4 ACESSO À SAÚDE NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE

Diversos foram os avanços no âmbito do SUS dos quais incluem a regulamentação e consolidação de diretrizes da RAS, regulamentação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e novos parâmetros de financiamento dos serviços. Muito embora, sejam diversos os embates processados, dos quais representam divergências quando o assunto envolve concepções e interesses de disputa.

A PNAB enfatiza a Atenção Básica como um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em

território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

Entretanto, a nova PNAB traz em seu bojo mudanças que envolvem a modalidade de atenção, tanto que no artigo 4º, a nova PNAB mantém a ESF como estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica no país, entretanto, flexibiliza e inclui outras estratégias de organização da atenção básica nos territórios. Por serem modalidades que em seu bojo devem seguir princípios, fundamentos e diretrizes da atenção básica e do SUS, mas como têm o mesmo financiamento da ESF, acabam por fragilizar a centralidade da ESF (BRASIL, 2017).

Sobre Princípios e Diretrizes do SUS e da RAS, no artigo 3º a nova PNAB aponta a operacionalidade na atenção dos quais envolvem princípios de Universalidade, Equidade, Integralidade, Integralidade, além de diretrizes tais como: regionalização e hierarquização, territorialização e adstrição, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade do cuidado, coordenar o cuidado, ordenar as redes, participação da comunidade. Além disso, a nova PNAB traz mudanças com características de ajustes solicitados por gestores e por brechas de desconfiguração da Atenção Básica em trabalhos ditos como necessários e de base, por serem resolutivas e de coordenação do cuidado integral e ordenamento da RAS.

Nas palavras de Cecílio e Spedo (2012) o fortalecimento da Atenção Básica tem sido valorizado como estratégia central para a construção do SUS, principalmente, por suas diretrizes além da comunicação, regulação, acesso e utilização dos serviços fundamentais para a integralidade do cuidado. Importante ressaltar a APS que apesar de diversas variações possui um sentido único, o de sentido saúde-doença dos quais envolve atenção e cuidado em saúde, ou seja, um conjunto de conhecimentos e práticas na área da saúde.

Vale lembrar que o sistema de saúde pode ser dividido em três níveis, tais como, primário - com generalistas em comunidades, secundário - com especialistas atuando em ambulatórios e terciário - com especialistas vinculados à atenção hospitalar. Podendo ser caracterizada e delimitada em um distrito, sendo sua atenção baseada em necessidades locais, sendo relacionados aos níveis de

atenção e integração de forma curativa e preventiva dentre os diversos sistemas de saúde. Estando a APS intrinsecamente relacionada com os princípios que entendem saúde–doença como processo determinado socialmente (MENDES; MARQUES, 2014).

Dessa maneira, se faz importante expor as características, eixos e diretrizes da APS, pois dentre as diversas teorias, torna-se conveniente explanar sobre a APS baseada na Vigilância em Saúde, bem como no Cuidado Transversal, além de outros. Nesse caso, a argumentação seria sobre a Integralidade das Ações, da qual envolve a APS de forma ampliada e orientada a comunidade, as famílias e as pessoas, bem como o primeiro contado a partir do princípio da universalidade e como porta de entrada do sistema e cuidado para o usuário, a universalidade, pela garantia da atenção à saúde a todo e qualquer cidadão e direito de cidadania e dever do Estado (BRASIL, 1990).

No que tange a acessibilidade, a APS deve ser acessível ao usuário cadastrado, da qual envolve a Universalidade e direito legal de atenção à saúde, portanto, tem-se na acessibilidade a facilitação dos fluxos ao direito da universalidade, conferindo ao cidadão o direito de realizar exames e acesso aos mesmos, atendimento clínico, bem como o acolhimento como um dos instrumentos de suma importância de acessibilidade no âmbito da APS (MENDES, 2010).

A longitudinalidade pode ser considerada como mecanismo estabelecido no cuidado e correspondente a atenção em diferentes ciclos da vida dos indivíduos na proteção e promoção as saúde envolvendo tratamento e demandas clínicas no processo saúde–doença. Na questão da integralidade, que por tradução da língua inglesa significa *comprehensiveness*, ou seja, a habilidade de compreender um amplo aspecto de determinado objeto, ou o estado de ser total e completo. Possui sentido variado desde a noção ampliada do processo saúde-doença a compreensão do ser humano familiar e social, onde são potencializados os serviços de promoção e proteção a prevenção de doenças e recuperação e reabilitação da saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

De certo, é na coordenação do cuidado que os atributos da APS são organizados e a gestão do trabalho são otimizados e dinamizados os fluxos, onde são cadastrados, investigados, determinados acompanhados, encaminhados, dos quais produzem ações integradas com o acolhimento e pela promoção da resolutividade (CECILIO; SPEDO, 2012).

Portanto o acesso na APS nas palavras de Tesser, Norman e Vidal (2018) aumentaram com a expansão da ESF, todavia, ainda permanece insuficiente, pois as principais barreiras ao acesso incluem: subdimensionamento/subfinanciamento da APS, excesso de usuários vinculados às equipes da ESF, número reduzido de Médicos de Família e Comunidade (MFC), com pouca interiorização/fixação, burocratização e problemas funcionais dos serviços, como rigidez nos agendamentos e priorização de grupos específicos (hipertensos, puericultura etc.) (TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018).

Dado ao exposto, a APS requer melhorias sociais amplas e pressupostos da indissociabilidade entre saúde e desenvolvimento social, bem como ação intersetorial para o enfrentamento dos determinantes sociais da saúde-doença, além de maior democratização e participação social, bem como acesso universal e rede de serviços de assistência à saúde (STRINGHINI *et al.,* 2017).

De fato, com Nedel *et al.* (2010) constata-se robustas evidências e vantagens de um sistema de saúde da APS, principalmente, na questão de indicadores de saúde, potencialidades, acesso, qualidade e assistência, e na prevenção de doenças e promoção da saúde. Todavia, de acordo com o estudo de Pinho *et al.* (2020) há de se discutir as disparidades regionais encontrados em âmbito nacional quanto ao acesso e à acessibilidade por serviços de saúde na Atenção Básica.

4.5 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE ORIENTADA PARA PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL

A partir da Reforma Psiquiátrica, resultado de uma luta pela desinstitucionalização dos doentes mentais e aprovada pela Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, surgiu uma rede de serviços articulados que buscam assegurar direitos das pessoas com

transtorno mental (PTM) e suas famílias, com dispositivos como os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Residências Terapêuticas, dentre outros, como um novo modelo e um espaço de referência em Saúde Mental (BRASIL, 2001).

Figura 2 – Atenção Básica, instância coordenadora da Rede de Atenção Psicossocial

Fonte: PEREIRA *et al*., 2020

O modelo assistencial definido como política oficial do Ministério da Saúde, de acordo com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, fundamenta-se na noção de rede de atenção, tendo como principal articulador os CAPS (BRASIL, 2004).

Conforme o Manual do CAPS, a rede de atenção envolve a noção de território não somente como área geográfica, mas sendo constituída fundamentalmente pelas pessoas que habitam nesse espaço, com seus conflitos, interesses, amigos, vizinhos, família e instituições. Essa noção de território abrangente, que abarca as relações humanas que participam do contexto das pessoas que sofrem com transtorno mental é que integra a rede de atenção em saúde mental (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, a rede de atenção em saúde mental é potencializada por todos os recursos afetivos, sociais, econômicos, pelos serviços de saúde, culturais, religiosos e de lazer encontrados na vida em comunidade. Os CAPS situam-se articulados na rede de serviços de saúde, necessitando permanentemente de outras redes sociais. São constituídos pelos municípios e financiados pelo SUS, funcionando como uma unidade intermediária que deve oferecer uma atenção mais intensiva aos usuários, muitos deles provenientes de longas internações psiquiátricas e necessitando de apoio no seu dia a dia (BRASIL, 2004).

Conforme orientação de Portarias do Ministério da Saúde, os CAPS podem ser dos seguintes tipos:

Quadro 1 - Tipos de CAPS

Classificação dos CAPS	**Habitantes por Região ou Município**	**Funcionamento do CAPS**	**Amplitude do atendimento**
CAPS I	Entre 20.000 e 70.000 habitantes	De 8 as 18 h de segunda a sexta-feira.	Pessoas, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes, e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias.
CAPS II	Entre 70.000 e 200.000 habitantes	De 8 as 18 h de segunda à sexta-feira, podendo se estender até as 21 h.	Pessoas, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes, podendo atender a pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local.
CAPS III	Acima de 200.000 habitantes	Funcionam 24 h, inclusive feriados e fins de semana.	Pessoas, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes, ofertando de modo contínuo retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de SM, inclusive CAPS Ad.
CAPSi	Acima de 200.000 habitantes	De 8 as 18 h de segunda à sexta-feira, podendo se estender até as 21 h.	Crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas.
CAPSad	Acima de 70.000 habitantes	De 8 as 18 h de segunda à sexta-	Adultos ou crianças e adolescentes, considerando as

		feira, podendo se estender até as 21 h.	normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.
CAPS AD III	Acima de 200.000 habitantes	Funcionam 24 h, inclusive feriados e fins de semana.	Adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento.

Fonte: BRASIL, 2011

A frequência dos usuários ao CAPS depende de seus projetos terapêuticos, sendo determinada pela facilidade de acesso à instituição e pelo apoio e/ou acompanhamento familiar, acrescido da possibilidade de envolvimento nas atividades comunitárias, organizativas, de geração de trabalho e renda (BRASIL, 2011).

O PTM busca nestes programas, independente de ser um CAPS, NAPS, Hospital Dia ou Lares abrigados, uma nova forma de assistência, que tem como principal objetivo essa possibilidade de atenção diária, sem que, para isso, seja necessária a internação hospitalar. Dessa forma, o atendimento deve procurar ser personalizado, respeitando as histórias de vida e a dinâmica familiar (DIMENSTEIN, 2021).

De acordo com a Portaria nº 336, art.4º, parágrafo 4.1, de 19 de fevereiro de 2002, o CAPS I tem capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, devendo atender a 20 pacientes por turno e tendo como limite máximo 30 pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo (BRASIL, 2004, p. 126).

O programa do CAPS se constitui em um serviço de saúde mental, ordenado pela lógica antimanicomial, em que os dispositivos usados são de cunho extra-hospitalar, dando suporte a um modelo de tratamento para que o eixo central seja a relação terapêutica com o paciente, sustentado pelo respeito aos direitos de cidadania. A família é inserida gradualmente, para melhor compreender o próprio transtorno mental, as formas de tratamento, afim de que se desenvolva o tratamento em casa e na comunidade, que deve possibilitar a convivência em sociedade (GURGEL, 2017).

Este novo espaço de criação, produção e convivência, que tem uma proposta de atendimento diferenciado, tem o objetivo maior de trabalhar a reinserção social, o exercício da cidadania e a ressocialização do seu usuário. Seguindo a proposta da Lei nº 10.216/2001, o CAPS atende de maneira a diminuir de modo progressivo e lento o uso dos remédios, só os usando em momentos extremamente necessários (BRASIL, 2011).

A compreensão do que é um CAPS e seu contexto auxilia na apreensão do que se denomina articulação do serviço assistencial em saúde mental, pois o CAPS demanda contatos internos e externos no atendimento às necessidades de usuários e da própria equipe técnica, ou seja, um trabalho interdisciplinar e intersetorializado que seja orientado e estimulado pelo gestor de SM no município.

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE PESQUISA

Foi realizado um estudo do tipo revisão integrativa da literatura sobre o acesso da população brasileira aos serviços de saúde mental na atenção básica no período de 2001 a 2022, ilustrando as experiências bem-sucedidas e as dificuldades de acesso aos serviços de saúde mental.

Este tipo de estudo é importante para sintetizar os resultados obtidos em pesquisas relativas a um tema ou a uma questão específica, de forma sistemática e ordenada, com o intuito de contribuir para o conhecimento de um tema ou questão (CROSSETI, 2012).

A revisão integrativa da literatura envolve os seguintes estágios: identificação do problema de estudo, que é a fase de reconhecimento do assunto relativo ao tema do estudo; o levantamento da literatura, realizado através da localização e obtenção de documentos, a fim de avaliar a disponibilidade de material que subsidiará o tema do trabalho de pesquisa (RIBEIRO *et al*., 2016).

Também envolve a avaliação crítica dos estudos, para a identificação e seleção daquilo que é válido, importante e aplicável; a análise dos dados, que consiste em realizar uma interpretação completa e não tendenciosa das fontes primárias, além de uma síntese das evidências; e a redação da revisão, que pode ser feita em forma de tabela ou na forma diagramática (CROSSETI, 2012).

Para a elaboração da presente revisão integrativa as seguintes etapas foram percorridas: estabelecimento da questão norteadora e objetivos; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos (seleção da amostra); definição das informações extraídas dos artigos selecionados; análise dos resultados; apresentação dos resultados e discussão.

5.2 ESTRATÉGIAS DE PESQUISA

Foram analisados os estudos publicados em língua portuguesa a partir do ano de 2001, quando foi promulgada a Lei nº 10.216 (BRASIL, 2001), que criou uma rede de serviços articulados para assegurar direitos das pessoas com transtorno mental, no banco de dados das bases PubMed, Lilacs (Literatura Latino-americana em ciências da Saúde) e Scielo (*Scientific Electronic Library Online*), além do banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

A busca nas bases de dados foi realizada de dezembro de 2021 a abril de 2022. A estratégia de busca utilizou as seguintes combinações de palavras-chave, baseadas nos descritores em Ciências da Saúde (DeCS): (“saúde mental” AND “atenção primária à saúde” AND “acesso aos serviços de saúde”) e (“saúde mental” AND “atenção primária à saúde” AND “acolhimento”).

Foram considerados critérios de inclusão os estudos publicados em língua portuguesa, nas coleções Brasil, disponíveis na íntegra, publicados no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2022. Foram excluídos os estudos disponíveis somente em resumo, duplicados, de revisão de literatura e que não atendem aos objetivos da pesquisa.

Para a seleção dos artigos, este estudo foi baseado e adaptado do protocolo do guia *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses* (PRISMA) (PAGE *et al*., 2021) (Apêndice A).

5.3 ANÁLISE DOS RESULTADOS

A avaliação crítica dos estudos, para identificar e selecionar aqueles que iriam compor a revisão integrativa foi feita, primeiramente, através da leitura do título e das palavras-chaves. Após exclusão dos estudos que não fossem pertinentes ao tema, foram lidos os resumos, a fim de verificar se atendiam aos objetivos da pesquisa. Após as exclusões, foi realizada uma leitura dos artigos restantes, excluindo-se os estudos duplicados, aqueles que não tratam do acesso das pessoas

com transtorno mental na atenção básica, além daqueles que apresentam conteúdos pouco claros ou mal descritos.

Evidencia-se que para os artigos incluídos na revisão integrativa (n=38) foram caracterizados segundo categoria de pesquisa (Artigo, dissertações ou teses), autor e ano, objetivos do estudo, tipo de estudo, experiência exitosas e dificuldades de acesso.

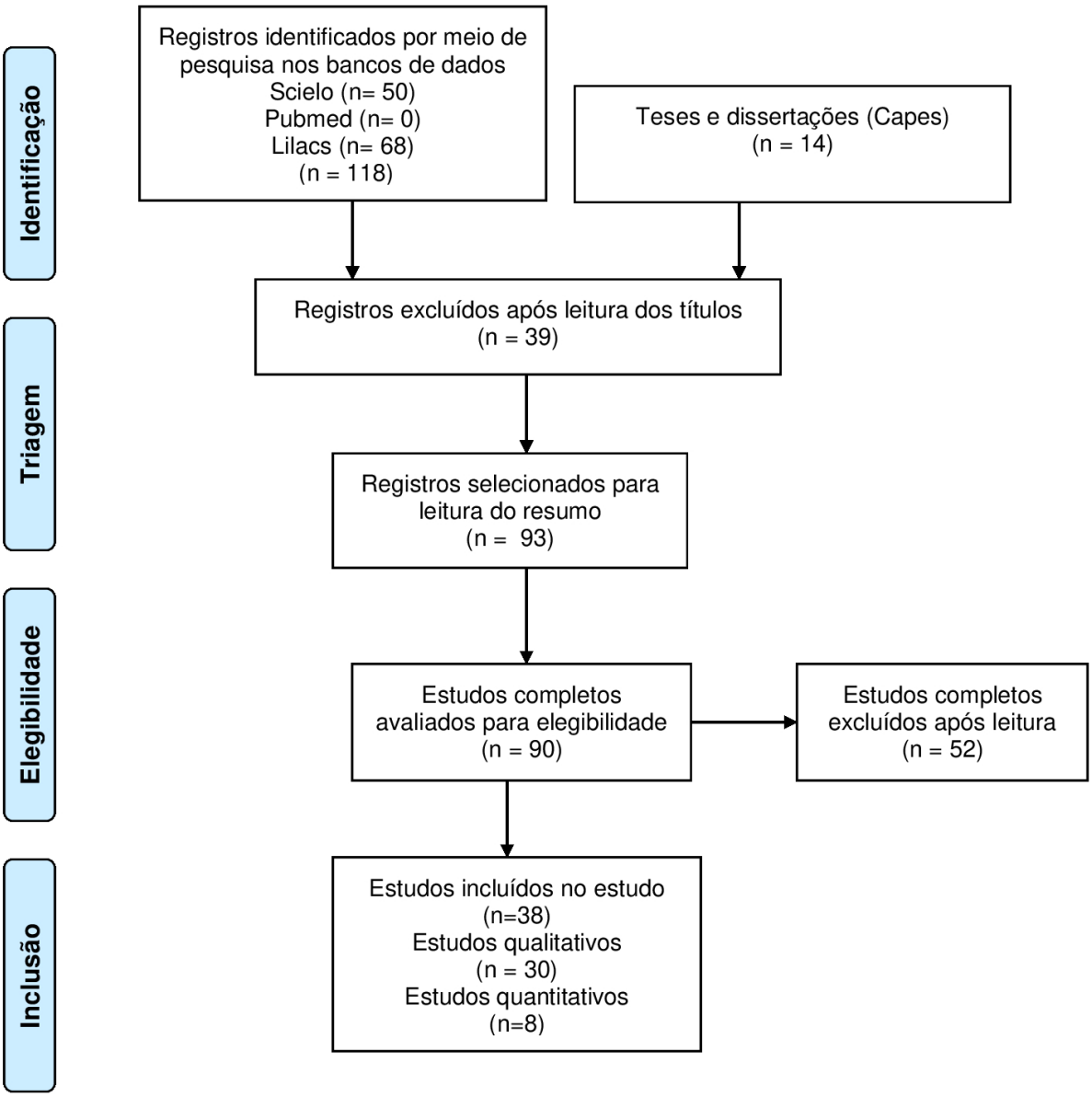
6 RESULTADOS

Foram encontrados, na busca inicial, utilizando os descritores “saúde mental” AND “atenção primária à saúde” AND “acesso aos serviços de saúde”, 18 estudos no Scielo, 26 no Lilacs, zero no Pubmed e cinco no portal de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), totalizando 49 trabalhos. Ao utilizar a segunda combinação de palavras-chave (“saúde mental” AND “atenção primária à saúde” AND “acolhimento”), foram encontrados 32 estudos no Scielo, 42 no Lilacs, nenhum no Pubmed e nove no portal do Capes, totalizando 83 estudos. Assim, foram rastreados 132 estudos na busca inicial (Figura 3).

Destes 132 estudos, 39 foram excluídos após a leitura dos títulos, sendo selecionados 93 para a leitura dos resumos. Após descartar os que estavam fora da temática proposta nesta revisão, foram obtidos 90 trabalhos para leitura na íntegra, dos quais 52 foram descartados após a leitura (Figura 3).

Após a seleção dos estudos, restaram 38 trabalhos, que foram incluídos nesta revisão, sendo 31 artigos, duas teses de doutorado e cinco dissertações de mestrado, como apresentado na Figura 3.

Figura 3 – Fluxograma para revisão de estudos de revisão sistemática, adaptado do protocolo PRISMA



As principais características dos 38 estudos utilizados nesta revisão estão apresentadas na tabela 1, considerando categoria do estudo e ano de publicação. Observou-se que a maioria dos estudos foram artigos científicos (82,5%), publicados principalmente no ano de 2021 (17,5%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das pesquisas incluídas na revisão integrativa segundo categoria do estudo e ano de publicação.

Variáveis	**n**	**%**
Categoria de estudo		
Tese	2	5,3
Dissertação	5	13,1
Artigo	31	81,6
Ano da publicação		
2004	1	2,6
2005	1	2,6
2006	0	0,0
2007	1	2,6
2008	1	2,6
2009	1	2,6
2010	1	2,6
2011	1	2,6
2012	4	10,6
2013	3	7,9
2014	2	5,3
2015	2	5,3
2016	1	2,6
2017	2	5,3
2018	6	15,9
2019	2	5.3
2020	1	2,6
2021	7	18,4
2022	1	2,6

Os estudos selecionados foram distribuídos segundo autor e ano, objetivo, tipo do estudo, experiências exitosas e dificuldades, conforme ilustrado na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição das pesquisas incluídas na revisão integrativa segundo as características do estudo

Autor/ano	Objetivo	Tipo de estudo	Experiências exitosas	Dificuldades de acesso
Cardoso *et al*., 2022	Apreender as percepções dos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde sobre a assistência em saúde mental	Descritivo e qualitativo		O desmonte das equipes multiprofissionais do NASF dificulta a criação de espaços de discussão, escuta e vínculos com a comunidade, limitando o acesso aos serviços de saúde, atrasando o diagnóstico e o início das terapêuticas adequadas.
Dimenstein *et al*., 2021	Discutir equidade e acesso em saúde mental por meio da análise da distribuição das equipes da atenção primária	Descritivo, com análise quantitativa exploratória	Processo de regionalização bem-sucedido no interior; ampliação do acesso	Vazios assistenciais nos territórios periféricos dos grandes centros
Sampaio; Bispo Júnior, 2021	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	Avaliativo, de abordagem qualitativa	-	Insuficiência dos serviços devido à rede fragmentada, com centralização nos serviços especializados e dificuldades de comunicação com a atenção primária e a rede de emergência
Sanine; Silva, 2021	Avaliar a qualidade das práticas de atenção às pessoas com sofrimento relacionado à saúde mental nos serviços de atenção primária à saúde do Brasil e sua associação com variáveis de estrutura organizacional com dados do PMAQ-AB	Pesquisa avaliativa, de corte transversal, com abordagem quantitativa	-	Grande parte da demanda fica sem acesso na fase inicial da doença ou nos quadros clínicos menos severos

Autor/ano	Objetivo	Tipo de estudo	Experiências exitosas	Dificuldades de acesso
Salgado; Fortes, 2021	Demonstrar a frequência de detecção de transtornos mentais em unidades da atenção primária como marcador de acesso e indicador de cuidado em saúde mental	Estudo de caso comparativo, com abordagem quantitativa	-	As lacunas na detecção dos transtornos mentais geram impacto no cuidado, sendo importante barreira no acesso.
Lima *et al.*, 2021	Verificar se equipes de atenção básica que possuem atributos mais bem estruturados da atenção primária à saúde (APS) conseguem oferecer melhor assistência em saúde mental (SM)	Transversal, com análise descritiva e abordagem quantitativa	Melhoria da estruturação da APS ao longo do tempo e esse processo possibilita a inserção de ações em saúde mental no nível primário, o que, por sua vez, promove melhora do cuidado	Necessidade de ampliação do acesso por meio de melhoria da assistência, melhoria da infraestrutura das unidades e dos recursos humanos
Vieira; Delgado, 2021	Identificar competências médicas marcadas pelo estigma contra pessoas com transtornos mentais	Observação participante, com abordagem qualitativa	-	Competências médicas estigmatizadas em relação a pessoas com transtornos mentais possuem potencial consequência negativa no atendimento dos usuários, sendo identificados generalizações, reducionismos, desesperança e outros sentimentos negativos associados com barreiras de acesso ao cuidado.
Waclawovsky *et al*., 2021	Caracterizar os usuários com diagnóstico de saúde mental que acessam uma Estratégia Saúde da Família em um município do estado do Rio Grande do Sul.	Transversal e descritivo, de abordagem quantitativa		Necessidade de estabelecimento de estratégias de educação permanente em saúde, tornando visível à equipe multiprofissional, a importância do acesso e efetivação de intervenções em saúde mental.

Autor/ano	Objetivo	Tipo de estudo	Experiências exitosas	Dificuldades de acesso
Figueiredo, 2020	Verificar os principais desafios enfrentados pelos usuários da saúde mental na assistência ambulatorial.	Transversal, exploratório, de natureza qualitativa	Articulação do NASF com profissionais da APS para a construção de um modelo experimental para garantia do acesso aos casos que necessitam de prioridade e atenção continuada.	
Souza; Amarante; Abrahão, 2019	Analisar as estratégias, desafios e possibilidades da articulação entre a saúde mental e a atenção básica à saúde a partir da perspectiva de gestores da saúde	Exploratório, com abordagem qualitativa	A inclusão das ações de saúde mental na atenção básica possibilitou a ampliação do acesso dos usuários aos cuidados de que necessitam. Esta estratégia de atenção possibilita extensão das práticas de cuidado no território, tendo o apoio matricial como a principal ferramenta para a implementação dessa estratégia de cuidado.	
Menezes *et al*., 2019	Conhecer a percepção de pacientes sobre o sofrimento emocional e seu cuidado na Atenção Primária	Qualitativo de abordagem narrativa culturalmente sensível em Saúde Mental Global		O contexto assistencial dificulta a plena utilização dos serviços e torna-se uma barreira ao acesso que deveria disponibilizar. A APS não está totalmente preparada para contemplar a quantidade de pessoas com sofrimento emocional que recorrem a esse setor
Cubas; Vosgerau; Carvalho, 2018	Identificar fatores que dificultam ou facilitam o acesso aos serviços de saúde mental por crianças e adolescentes, em situação de acolhimento institucional.	Exploratório, com abordagem qualitativa		O sistema atual de saúde mental ainda necessita de intervenções e de cuidados para a garantia do acesso aos serviços, sendo considerado como insuficiente para atender as demandas. Há uma fragmentação dos recursos que deveriam ser dedicados a estes serviços.

Autor/ano	Objetivo	Tipo de estudo	Experiências exitosas	Dificuldades de acesso
Amaral *et al*., 2018	Avaliar os efeitos do AM em Saúde Mental em uma unidade de saúde da família (USF) em Salvador, Bahia, Brasil.	Observação participante e entrevistas, com análise de conteúdo	As demandas que se revelam a partir da AB não se limitam à identificação de novos casos, ou à responsabilização por casos mais simples: a ESF, fortalecida pelo apoio matricial, produz uma contribuição inequívoca na construção do acesso e integralidade do cuidado às pessoas com problemas de saúde mental.	
Paulon; Protazio; Tschiedel, 2018	Analisar as práticas de cuidado em saúde mental na atenção básica de equipes de seis municípios da região macrometropolitana do Rio Grande do Sul	Pesquisa-intervenção com metodologia avaliativa e participativa, com abordagem qualitativa		Dificuldade de articulação em rede no cuidado de saúde mental na AB, resultando em restrição de acesso dos usuários aos serviços.
Menezes, 2018	Investigar a percepção de pacientes sobre o sofrimento emocional e o acesso a seu cuidado na Atenção Primária	Exploratório, com abordagem qualitativa		O acesso aos cuidados em saúde mental envolve atitudes dos médicos e um contexto assistencial tumultuado na APS.
Rocha *et al*., 2018	Determinar os itens do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica que melhor avaliam a capacidade de oferta de cuidados em saúde mental	Transversal, com análise documental e abordagem quantitativa		A fragmentação dos sistemas de saúde dificulta o acesso e a comunicação entre os profissionais, fazendo com que os usuários não tenham cuidado contínuo

Autor/ano	Objetivo	Tipo de estudo	Experiências exitosas	Dificuldades de acesso
Sarzana *et al*., 2018	Compreender a gestão do cuidado na saúde mental sob a perspectiva da rede de atenção à saúde	Abordagem qualitativa e com o referencial teórico da Teoria Fundamentada nos Dados		Dificuldades de comunicação e de acesso entre os diferentes pontos da rede. O acesso inadequado tem resultado no agravamento do quadro de pessoas com transtorno mental.
Silva *et al*., 2017	Conhecer as práticas de cuidado integral ofertadas às pessoas em sofrimento mental, efetivadas nos espaços das Unidades de Saúde da Família (USF) em uma região de saúde do município de Vitória, Espírito Santo	Exploratório, com observação sistemática e grupos focais e abordagem qualitativa		As práticas de cuidado integral ainda são pouco reconhecidas nos espaços dos serviços de saúde. No cotidiano, ainda persistem ações que desconsideram a pessoa que vivencia a condição de sofrimento psíquico como um cidadão conectado à sua comunidade e seu território, dificultando o acesso aos serviços de saúde.
Gurgel *et al*., 2017	Analisar o cuidado em saúde mental promovido pela equipe de saúde da família na atenção básica e a prática do apoio matricial.	Pesquisa de natureza crítico analítica com abordagem qualitativa	A realização do apoio matricial gera subsídios para que os profissionais da atenção primária se tornem capazes de intervir e conduzir os casos mais simples de saúde mental de sua área adstrita, possibilitando o acesso aos serviços de saúde e a um plano terapêutico individualizado e resolutivo.	
Sousa; Oliveira; Schneid, 2016	Analisar a importância do acolhimento realizado pela equipe de enfermagem da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em relação ao paciente com transtorno mental	Descritivo, de abordagem qualitativa	A ESF deve priorizar ações de prevenção, promoção e recuperação de saúde, de forma integral e contínua, procurando facilitar o acesso aos serviços de saúde e um atendimento personalizado, mantendo uma relação de vínculos direta	

Autor/ano	Objetivo	Tipo de estudo	Experiências exitosas	Dificuldades de acesso
Frosi; Tesser, 2015	Analisar o conjunto de práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde (APS) de Florianópolis	Exploratório, com abordagem qualitativa	Importante atuação das equipes de ESF no acesso e monitoramento dos casos, com ênfase no tratamento farmacológico continuado	Divisão do trabalho que mantém os profissionais centralmente voltados ao acesso e monitoramento dos casos enquanto o acompanhamento fica a cargo dos médicos.
Souza, 2015	Conhecer as trajetórias terapêuticas dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial do tipo II, na rede de atenção à saúde, frente à hipertensão e/ou diabetes mellitus	Estudo de caso, com abordagem qualitativa		O acesso e a atenção às necessidades não são atendidas pela falta de integralidade nas ações e a fragilidade na rede hierárquica da assistência. É necessário favorecer o acesso, repensando o acolhimento.
Bezerra *et al*., 2014	Compreender como o cuidado em saúde mental vem sendo produzido na Atenção Primária, com base nas experiências de profissionais, usuários e familiares.	Exploratório, com abordagem qualitativa	De posse de saberes e práticas baseadas em tecnologias leves, como a escuta e o acolhimento, os profissionais podem garantir acesso e proporcionar cuidado condizente com as necessidades dos usuários. Destaca-se, neste cenário, o esforço que os profissionais possuem de desmedicamentalizar o usuário e sua vida. Os profissionais apropriaram-se de formas de cuidar que permitiram promover o acesso e evitar encaminhamentos desnecessários. Desse modo, os profissionais apreendem a eficácia terapêutica da escuta e, a partir dela, oportunizam espaços de cuidado resolutivo.	

Autor/ano	Objetivo	Tipo de estudo	Experiências exitosas	Dificuldades de acesso
Paula *et al*., 2014	Analisar a assistência a usuários de drogas na Atenção Primária à Saúde a partir dos discursos de profissionais da ESF	Descritivo, com abordagem qualitativa		Os grandes desafios que fragilizam o cuidado, entre os quais se destacam a dificuldade de estabelecimento de vínculo e o preconceito contra o usuário de drogas, violando o direito de acesso ao cuidado de qualidade e integralidade preconizado pelo SUS
Rocha; Werlang, 2013	Verificar a prevalência e o padrão de consumo por usuários de uma Unidade de Saúde da Família de Porto Alegre	Observacional, descritivo, retrospectivo e de corte transversal, com abordagem quantitativa		Necessidade de elaborar estratégias para melhorar o acesso e tratamento dos usuários e a capacitação dos profissionais da APS. O compartilhando das responsabilidades na equipe multiprofissional é um ponto-chave na saúde mental, mas ainda não ocorre da mesma forma que no tratamento e acompanhamento de outras doenças crônicas como diabetes e hipertensão arterial.
Quinderé *et al*., 2013	Compreender como as ações de matriciamento em saúde mental contribuem para a acessibilidade e a resolubilidade dos casos	Exploratório, com abordagem qualitativa	A atuação interdisciplinar aponta para uma acessibilidade nos seus múltiplos aspectos. Logo, não se restringe apenas ao uso do serviço em si, mas prolongam-se pela continuidade do cuidado, pela resposta dada à demanda dos usuários e pela resolubilidade da assistência prestada	Os trabalhadores da APS não se sentem instrumentalizados para o manejo dos casos de transtornos mentais, havendo uma precipitação dos encaminhamentos de casos para os CAPS, o que repercute negativamente na acessibilidade, não havendo impacto entre a oferta do serviço e a sua capacidade de utilização e resolução das demandas da população.

Autor/ano	Objetivo	Tipo de estudo	Experiências exitosas	Dificuldades de acesso
Paes *et al*., 2013	Compreender como coordenadores de serviços de saúde, envolvidos no cuidado dos sujeitos em sofrimento psíquico, percebem a organização da rede de atenção em saúde mental de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil	Descritivo exploratório com abordagem qualitativa		Necessidade de envolvimento de diferentes setores para a efetivação do acesso a um serviço de atenção à saúde mental mais qualificado.
Binotto *et al*., 2012	Conhecer o perfil epidemiológico dos usuários atendidos conjuntamente por uma equipe de ESF e sua equipe matriciadora de Saúde Mental	Transversal, retrospectivo, com abordagem quantitativa	O apoio matricial ampliou a oferta de ações em Saúde Mental, provendo uma atenção integral à saúde, facilitando o acesso do usuário à especialidade necessária sem perder a continuidade do tratamento nem o vínculo com a equipe da APS.	
Morais; Tanaka, 2012	Avaliar o ApM em saúde mental em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e identificar alcances e limites nas Unidades Básicas de Saúde com ApM	Estudo de caso, com abordagem qualitativa	O Apoio Matricial propiciou a reorganização do serviço de forma a ampliar o acesso ao atendimento às necessidades de saúde mental dos usuários. A garantia do acesso tem propiciado a chegada aos serviços de saúde de usuários que não eram captados antes do apoio matricial.	Falhas no subsequente acompanhamento de casos e no atendimento de suas necessidades de saúde. Portanto, existe o comprometimento quer da qualidade na prestação de serviços que fortaleça a construção de vínculos pelos profissionais, quer do acesso integral dos usuários aos serviços. A Atenção Básica encontra dificuldades em manter o seguimento na atenção aos casos de saúde mental.

Autor/ano	Objetivo	Tipo de estudo	Experiências exitosas	Dificuldades de acesso
Pinto *et al*., 2012	Analisar a articulação das ações de saúde mental entre as equipes da Estratégia Saúde da Família e do Centro de Atenção Psicossocial pelo processo de matriciamento com ênfase na integralidade do cuidado e resolubilidade assistencial	Exploratório, com abordagem qualitativa	O matriciamento em saúde mental disponibiliza ampliação de acesso e diversificação da atenção à saúde direcionada para a integralidade	
Bertagnoni *et al*., 2012	Conhecer os itinerários terapêuticos de sujeitos com transtorno mental grave acompanhados em ações de saúde mental na atenção básica	Exploratório, com abordagem qualitativa		A rede de serviços disponíveis é escassa, além de ser pobre em recursos, oferece serviços muito distantes entre si o que inviabiliza o acesso dos usuários.
Arce; Souza; Lima, 2011	Analisar as práticas de Saúde Mental na atuação das equipes da Estratégia Saúde da Família de Brazlândia, no Distrito Federal	Estudo de caso, com abordagem qualitativa		Dificuldade de acesso por não haver uma rede de apoio estruturada. Baixa capacidade de resolutividade, as ações desenvolvidas privilegiam consultas ambulatoriais médicas e encaminhamentos para internações, o que evidencia a concepção biomédica e a desarticulação de uma rede para a garantia do cuidado integral.
Morais, 2010	Avaliar o atendimento à saúde mental prestado na atenção básico, tendo o apoio matricial como estratégia organizacional de escolha do serviço	Exploratório, com abordagem qualitativa		Ausência de sistematização para garantir o atendimento não permite a utilização do serviço por todos que necessitam. Dificuldades dos profissionais para avaliar e intervir, pois não há troca de informações entre os mesmos.

Autor/ano	Objetivo	Tipo de estudo	Experiências exitosas	Dificuldades de acesso
Neves Filho, 2009	Analisar, na percepção dos profissionais envolvidos, a implantação de um programa de apoio à saúde mental na APS, articulada na ESF	Estudo de caso, de abordagem qualitativa		Dificuldade de acesso ao tratamento para portadores de transtornos mais graves, que acabam recebendo uma primeira intervenção somente em regime de internação hospitalar, após grise aguda. Dificuldade de acesso a tratamento comunitário.
Bezerra; Dimenstein, 2008	Investigar junto a trabalhadores de saúde mental inseridos em CAPS II e Ad sobre a proposta de matriciamento às equipes de PSF	Exploratório, com abordagem qualitativa		A ampliação do acesso aos serviços e os cuidados em saúde mental é desfavorecida devido aos seguintes aspectos: articulação precária entre os CAPS e a rede de atenção básica, necessidade de repensar a função dos CAPS na rede e rever o modelo de funcionamento ambulatorial e a formação acadêmica dos profissionais, que se revela insatisfatória para o cuidado aos portadores de transtornos mentais.
Pinto, 2007	Investigar a relação estabelecida por meio do sistema de referência e contra-referência entre equipes da Estratégia de Saúde da Família, da equipe mínima de referência em saúde mental e dos serviços e dispositivos substitutivos em saúde mental no município de Botucatu-SP	Estudo de caso, exploratório, com abordagem qualitativa		A rede de serviços e dispositivos substitutivos em saúde mental é frágil e insuficiente na adequação e realização de um sistema de referência e contra referência, apresentando dificuldade de acesso da população à rede de saúde.

Autor/ano	Objetivo	Tipo de estudo	Experiências exitosas	Dificuldades de acesso
Aguiar; Heimann, 2005	Compreender a questão do compartilhamento da unidade na opinião de seus usuários, sendo eles integrantes ou não do PSF.	Estudo de caso, com abordagem qualitativa		Falta de acesso aos serviços devido à falta de médicos, à falta de vagas, ao não atendimento por falta de agendamento prévio, a problemas de interação com profissionais que atuam na unidade e até mesmo ao mau uso do espaço físico
Souza, 2004	conhecer os limites e possibilidades de ampliação do Campo da Atenção Psicossocial face à intercessão das ações dos CAPS com a ESF	Exploratório, com abordagem qualitativa		Foram considerados desafios garantir e promover a ampliação do acesso do usuário, articular a demanda espontânea com a demanda programada, articular-se aos demais serviços da rede social, formação de recursos humanos não compatível com a proposta do movimento da Reforma Sanitária, entre outros.

Observou-se, a partir da análise da tabela, que 14 estudos são exploratórios e 33 apresentam abordagem qualitativa. Quanto aos resultados, somente 13 apresentaram experiências exitosas, enquanto a maioria demonstrou as dificuldades que os usuários possuem para o acesso aos serviços de saúde mental na atenção básica.

7 DISCUSSÃO

Os principais resultados encontrados nesta pesquisa evidenciam que, apesar de ter ocorrido progressos na capacidade de resposta da APS em saúde mental, o Brasil está longe dos padrões dos países desenvolvidos e tem sido limitado por algumas deficiências.

De acordo com os estudos pesquisados, os principais dificultadores ao acesso são: desmonte das equipes (CARDOSO *et al*., 2022), vazios assistenciais em áreas periféricas e grandes centros (DIMENSTEIN *et al*., 2021), fragmentação da rede, com dificuldades de comunicação e articulação (SAMPAIO; BISPO JÚNIOR, 2021; ROCHA *et al*., 2018; SILVA *et al*., 2017; FROSI; TESSER, 2015; SOUZA, 2015; PAULA *et al*., 2014; PAES *et al*., 2013; BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008; SOUZA, 2004), falta de acesso de usuários com quadros leves (SANINE; SILVA, 2021), deficiência na infraestrutura e recursos humanos (SALGADO; FORTES, 2021; LIMA *et al*., 2021; MENEZES, 2018; PINTO, 2007; AGUIAR; HEIMANN, 2005), estigma por parte dos profissionais médicos da APS em tratar problemas mentais (WACLAWOVSKY *et al*., 2021; PAULA *et al*., 2014), falta de educação permanente (WACLAWOVSKY *et al*., 2021; ROCHA; WERLANG, 2013; SOUZA, 2004), integralidade pouco reconhecida pelos profissionais (CUBAS; VOSGERAU; CARVALHO, 2018; PAULON; PROTAZIO; TSCHIEDEL, 2018), dificuldades de criação de vínculos com os usuários (SARZANA *et al*., 2018; PAULA *et al*., 2014; MORAIS; TANAKA, 2012). Tudo isso, aliado à falta de preparo da atenção básica em atender ao grande número de pessoas com problemas mentais (MENEZES *et al*., 2019; ROCHA; WERLANG, 2013; QUINDERÁ *et al*., 2013)

7.1 EXPERIÊNCIAS EXITOSAS PARA O ACESSO DE PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Ao se buscar na literatura as experiências exitosas para a integralidade e acesso de pessoas com transtorno mental na atenção básica, alguns fatores se sobressaíram, sendo estes o processo de regionalização, a estruturação da APS, a articulação entre os setores, o apoio matricial e a atuação das equipes, evitando encaminhamentos desnecessários.

A implementação bem-sucedida de um sistema de saúde mental ocorre dentro da estrutura de uma série de princípios que se relacionam, por um lado, com a valorização do papel da comunidade e, por outro, com a importância da autodeterminação e dos direitos das pessoas com doença mental, como seres humanos e cidadãos. Assim, a atenção primária deve tratar os usuários e, ao mesmo tempo, permitir-lhes continuar a viver em comunidade, mantendo a sua ligação com a família, amigos e empregos, em um processo que reconhece e apóia sua recuperação (LIMA *et al*., 2021).

Um princípio fundamental neste modelo é que os usuários tenham fácil acesso aos serviços em sua localidade, promovendo sua autodeterminação e participação nos processos decisórios sobre o seu tratamento. Da mesma forma, o apoio familiar e a sua participação (com a permissão do usuário) no processo de avaliação, planejamento e monitoramento do tratamento (DIMENSTEIN *et al*., 2021). O básico desta estratégia está relacionado tanto com a necessidade de participação das equipes gerais de saúde na adoção de uma abordagem abrangente que facilite as inter-relações entre a saúde física e mental (BEZERRA *et al*., 2014; SOUZA; AMARANTE; ABRAHÃO, 2019).

No atual contexto de atenção da saúde mental, há um apelo para relações e práticas colaborativas interprofissionais que contemplem a participação ativa dos usuários e seus familiares no processo. No centro dessas relações colaborativas estão a competência e a capacidade das pessoas em ouvir e respeitar as perspectivas dos outros sobre o relacionamento e a parceria em que estão envolvidas. Fazer com que a colaboração tenha sucesso nos cuidados de saúde mental requer um fluxo livre de informações e compartilhamento de feedback entre todas as partes, para que estejam no caminho certo com as intenções de mudança (SOUZA; OLIVEIRA; SCHNEIDER, 2016; FIGUEIREDO, 2020).

A integração dos serviços de saúde mental na atenção primária apresenta-se como a abordagem mais viável para alcançar essa redução e ampliar a cobertura assistencial às condições psiquiátricas, principalmente aquelas que representam alta carga de doenças. Segundo Dimenstein *et al*. (2021), essa integração é

especialmente necessária em países com alta desigualdade econômica e social, como o Brasil, pois facilitou que esses serviços integrados estivessem ao alcance da população.

Para Souza, Amarante e Abrahão (2019), devido à escassez de pessoal especializado na atenção primária, uma proposta fundamental nessa integração consiste no compartilhamento de tarefas com provedores de saúde não especializados. As funções que devem assumir nesse processo são a avaliação, diagnóstico, encaminhamento e tratamento adequado das pessoas acometidas por transtornos mentais.

A implementação de modelos integrados de diagnóstico e manejo de transtornos mentais na atenção primária tem demonstrado sua eficácia na melhora da adesão à medicação e na redução dos sintomas nos pacientes. As atividades incluídas nesse tipo de modelo são a triagem, o treinamento dos profissionais e uma maior comunicação com o atendimento especializado (FROSI; TESSER, 2015).

A integração da saúde mental na atenção primária configura-se como a estratégia mais viável para prestar cuidados de saúde mental em contextos como o do Brasil, onde grande parte da população não tem acesso a este tipo de cuidados. Nesse sentido, a integração beneficia esses pacientes, mitigando as consequências da doença e os custos associados. Além disso, favorece o sistema de saúde, fortalecendo sua capacidade de resposta desde os primeiros níveis de atenção (SOUZA; AMARAL *et al*., 2018).

Para Gurgel *et al*. (2017), esse cenário deve ser utilizado para implementar estratégias de integração articuladas a partir de diversas instâncias do sistema de saúde, que favoreçam o acesso a serviços adequados para a população em geral e para as pessoas com doenças crônicas em particular.

Os planos de cuidados, juntamente com reuniões de revisão presenciais, proporcionam oportunidades para conectar e mobilizar este tipo de trabalho para ser formalizado, tornado visível e reconhecido. Os planos de cuidados devem ser consistentemente coproduzidos pelos coordenadores de cuidados que trabalham em

parceria com os usuários dos serviços, em um contexto organizacional em que o cuidado é prestado por muitos e em que os usuários do serviço cruzam múltiplas interfaces durante suas jornadas dentro e entre organizações, a coordenação do cuidado é um trabalho que absolutamente tem que ser feito (LIMA *et al*., 2021).

Quando bem feito, conecta a pessoa com o sistema de cuidados que a cerca e é realizado de forma interpessoal, colaborativa, de forma que promove a recuperação. No entanto, a coordenação do cuidado invariavelmente envolve a administração, ocorre em um contexto de recursos finitos, está sujeita ao estabelecimento de metas e requer profissionais experientes e qualificados (LIMA *et al*., 2021).

Fortalecer a comunicação entre a atenção básica e os serviços especializados como medida tanto para qualificar o acesso em tempo hábil quanto para promover a continuidade do cuidado. Nesse contexto, deve-se destacar o papel dos profissionais não médicos, uma vez que a sua atuação tem se mostrado efetiva na promoção do vínculo entre usuários e os serviços (FIGUEIREDO, 2020).

Binotto *et al*. (2012) ressalta que os processos de práticas colaborativas envolvem a garantia de relações humanas iguais e diálogo entre os profissionais. A ideia chave estes se tornem defensores dos usuários e famílias, atuando em diferentes níveis do sistema, a fim de garantir todos os relacionamentos e serviços que estão disponíveis para os usuários e famílias que precisam de apoio.

A integração da saúde mental no sistema geral de saúde, a unificação de todos os serviços e setorização territorial são os elementos básicos que permitem uma operação coordenada com os outros elementos constitutivos do modelo comunitário de atenção à saúde. Entre eles, vale destacar a operação em rede, o prontuário integrado e a equipe multidisciplinar (QUINDERÉ *et al*., 2013).

Ao nível dos profissionais, os cuidados de saúde mental comunitários são prestados por grupos profissionais que podem ter uma compreensão mútua limitada de diferentes valores, educação, papéis e responsabilidades. A perspectiva de superar essas barreiras multidisciplinares é proporcionada por maiores oportunidades de

infiltração interprofissional e um compartilhamento de perspectivas complementares, e para educação e treinamento conjuntos (MORAIS; TANAKA, 2012; PINTO *et al*., 2012; BINOTTO *et al*., 2012; SOUZA; AMARANTE; ABRAHÃO, 2019).

Gurgel *et al*. (2017) propõem dois componentes críticos e interconectados na prática colaborativa: colaboração entre profissionais, usuários de serviços e famílias/redes (ou seja, processos de ajuda e suporte) e colaboração entre prestadores de serviços de saúde, setores e usuários. Os resultados indicam que os profissionais aplicam ambos os processos em suas formas de tentar ajudar e apoiar as pessoas em recuperação, um com foco na comunicação e relacionamentos e o outro com foco no gerenciamento e controle do sistema.

Em relação à atuação da atenção básica, foi ressaltada a importância dos profissionais não médicos na promoção da continuidade do cuidado, estando associadas à manutenção de vínculo. Por meio de visitas domiciliares, esses profissionais são responsáveis por coletar informações sobre as necessidades de saúde da população, identificar usuários com problemas de saúde e encaminhá-los à unidade (QUINDERÉ *et al*., 2013; BEZERRA *et al*., 2014; FROSI; TESSER, 2015).

Os cuidados colaborativos melhoram os resultados do tratamento de problemas mentais em comparação com os cuidados usuais. Os benefícios de uma abordagem baseada em equipe, com estreita colaboração entre prestadores de serviços primários de saúde, profissionais psicossociais e psiquiatras são inegáveis. Um programa de cuidados compartilhados fornece acesso oportuno para gerenciar cuidados de saúde mental na comunidade (FROSI; TESSER, 2015).

Bezerra *et al*. (2014) relatam que a equipe das unidades faz a conexão dos usuários com o programa e o acompanhamento uma vez na comunidade; Em termos de reabilitação acompanhada por profissionais da estratégia de Atenção Primária à Saúde, permite que os usuários sejam respeitados em seus direitos, dentro das disfuncionalidades que possuem, isso por sua vez faz com que as famílias e o ambiente em geral melhorem.

A equipe multidisciplinar é o instrumento básico para a coordenação e sua implementação em áreas de saúde é reconhecida como o símbolo dessa abordagem. Em comparação com a forma tradicional de prestação de cuidados, a equipe multidisciplinar da comunidade reduz significativamente a taxa de evasão, melhora a satisfação dos pacientes e seus familiares e evita que só tenham acesso os casos de transtornos mentais graves. Mantendo resultados clínicos equivalentes aos obtidos pela gestão tradicional hospitalar, reduz o tempo de espera, melhora a continuidade da assistência e a satisfação dos pacientes e seus familiares (QUINDERÉ *et al*., 2013; BEZERRA *et al*., 2014; DIMENSTEIN *et al*., 2021).

A articulação do nível primário com as equipas especializadas em saúde mental e a inserção de ambos nas redes integradas de serviços de saúde têm sido também elementos fundamentais para que as equipas desenvolvam as competências necessárias ao cuidado em saúde mental e a confiança para ter apoio em situações complexas. Essa articulação tem sido alcançada principalmente por meio de redes territoriais com sistemas de referência e fluxos entre eles e articulação mais ampla com diferentes redes intersetoriais (BEZERRA *et al*., 2014).

7.2 FATORES QUE DIFICULTAM O ACESSO DE PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

A rede de atenção primária permite, por sua acessibilidade, a inclusão nos serviços de saúde de pessoas com transtornos mentais e seus familiares do território, ou seja, na própria comunidade. A linha de atenção à saúde mental começa na atenção básica e perpassa todas as redes para gerenciar o acesso ao cuidado e atenção às pessoas com transtornos mentais, usuários de substâncias psicoativas e vítimas de violência, em todas as suas formas, em qualquer fase da vida.

A reabilitação e a reinserção social na comunidade são essenciais para garantir os direitos das pessoas com transtornos mentais. A inclusão social é o caminho para superar a cultura das intervenções assistenciais, centradas no hospital, que geram regimes restritivos que privam as pessoas de seus direitos, de sua autonomia, ou seja, do exercício da cidadania (SARZANA *et al*., 2018).

Para Cardoso *et al*. (2022), devido à diversidade de necessidades de cuidado apresentadas por pacientes com transtornos mentais, para garantir um sistema de cuidados de saúde de qualidade é necessário que haja um desenvolvimento nos níveis de atendimento das equipes da atenção básica, bem como das equipes de saúde mental. Além disso, para oferecer atendimento de qualidade e garantir as necessidades na continuidade do cuidado desses pacientes, é necessária a definição de processos de trabalho conjunto entre os profissionais dos dois níveis de atenção, sem esquecer a contribuição do serviço social. Cardoso et al. (2022) chama ainda a atenção para o desmonte que vem ocorrendo nas equipes das unidades de saúde, fragmentando ainda mais o atendimento já deficitário.

Embora o acesso aos serviços especializados seja um dos principais componentes do estudo dos percursos de atenção à saúde mental, outro aspecto que precisa ser explorado com maior profundidade diz respeito à continuidade do vínculo do paciente com a atenção básica. Entretanto, após o acesso a serviços especializados, muitos pacientes perdem o vínculo com a atenção básica, o que pode levar ao descaso das condições de saúde física e desfechos clínicos ruins (PAULA *et al*., 2014).

Aprimorar a identificação e o manejo dos casos de saúde mental poderia auxiliar na resolução de um grande problema das redes de atenção à saúde mental; ou seja, o baixo retorno dos usuários aos níveis de atenção básica. A continuidade do cuidado é uma questão crítica ao encaminhar pacientes de cuidados especializados de volta à APS, pois poucas pessoas retornam após o encaminhamento (MORAIS; TANAKA, 2012).

A saúde pública não é suficiente para lidar com os problemas de saúde mental. A demanda é crescente e faltam profissionais, especialmente nas capitais, grandes centros e periferias. Embora transtornos graves tenham acesso preferencial, há toda uma rede de desconforto emocional, sintomatologia psiquiátrica leve e transtornos menores que permanecem em uma espécie de limbo assistencial, aguardando em uma lista de espera de semanas ou meses até serem atendidos ou até que desistam e vão para a rede privada, quando podem, em busca de uma solução para o seu desconforto (DIMENSTEIN *et al*., 2021).

A atenção primária, porta de entrada do sistema de saúde e responsável por encaminhar, se for o caso, os pacientes mais graves aos serviços especializados, está saturada, com agendas intermináveis e poucos minutos de atendimento por paciente. Na rede especializada, os recursos são limitados e não atendem a toda a demanda. Assim, sem recursos suficientes, o atendimento é demorado, o que faz com que os pacientes cheguem com quadros muito agudos e prognósticos mais complexos (PAULON; PROTÁZIO; TSCHIEDEL, 2018; SAMPAIO; BISPO JÚNIOR, 2021).

Em um nível estratégico, a organização dos serviços de saúde mental contemporâneos é marcada pela fragmentação, prioridades concorrentes, divisões de responsabilidade, políticas inconsistentes, recursos e fronteiras não compartilhadas. Ao nível das localidades e das equipes, estas barreiras ao trabalho conjunto eficaz e eficiente repercutem nas equipes multidisciplinares de saúde mental comunitárias (SARZANA *et al*., 2018; CUBAS; VOSGERAU; CARVALHO, 2018; ROCHA *et al*., 2018).

Segundo Paulon, Protázio e Tschiedel (2018), outra dificuldade tem a ver com a qual a medicina historicamente concebeu seu trabalho em termos de doenças e só muito recentemente houve uma mudança no sentido de pensar a saúde como a soma de vários fatores e como fonte de bem-estar

Existe um consenso geral de que a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde é necessária e necessita de mudanças tanto na organização dos cuidados de saúde mental como da saúde em geral. Isso, no entanto, apresenta dificuldades tais que nem a comunidade profissional ou a gestão alcançaram um sistema articulado e coordenado, capaz de fornecer uma base para o planejamento, avaliação, gestão e financiamento da saúde mental neste novo contexto (SILVA *et al*., 2017; LIMA *et al*., 2021).

A rede requer um contato fluido entre os seus membros, compartilhando valores, objetivos e estratégias, uma clara atribuição de responsabilidades e competências e uma linguagem comum, mas todas essas questões têm sido difíceis de alcançar. As

dificuldades derivam da falta de conexões, implementação de protocolos, geração de uma cultura comuns, através da formação e disseminação do conhecimento e a articulação de mecanismos específicos para garantir o funcionamento sinérgico dos diferentes profissionais e dispositivos que devem atuar simultânea ou sucessivamente no mesmo paciente, elementos que facilitam a coordenação e aumentam a consistência do sistema (SARZANA *et al*., 2018; ROCHA *et al*., 2018; SAMPAIO; BISPO JÚNIOR, 2021).

A incorporação de um maior número de profissionais na atenção básica representaria claramente uma melhora significativa na qualidade do atendimento no sistema, entre outros motivos, pois as pessoas com transtornos mentais leves, que são as mais frequentes nas consultas, seriam tratadas antes de ter seu quadro agravado, que necessita de atenção especializada (SOUZA, 2004).

Além disso, ter esses profissionais no primeiro nível de atenção também levaria à redução do tempo de espera para o diagnóstico e posterior aplicação do tratamento mais adequado, bem como possível encaminhamento. Dessa forma, apenas os casos de certa gravidade ou que realmente necessitassem de atendimento e de recursos especializados seriam encaminhados para o nível de especialidade, reduzindo bastante as filas de espera nos centros de saúde mental (AGUIAR; HEIMANN, 2005; LIMA *et al*., 2021).

Existem barreiras ao acesso aos serviços de saúde mental, em parte explicada pela escassez de psiquiatras e sua concentração nas grandes cidades e a impossibilidade de acesso a terapias, pois profissionais não são contratados. Há uma clara falta pessoal e infraestrutura suficientes para a gestão da saúde mental na atenção básica, que não é capaz de lidar com pacientes como idosos, crianças, adolescentes ou com doença física comórbida altamente complexo (SALGADO; FORTES, 2021).

A integração da saúde mental ocorreu em uma APS com alta grau de desenvolvimento e, embora isso tenha infraestrutura e equipamentos em todo o território nacional e um modelo de saúde pública bem sucedida, ao mesmo tempo

contribuiu para gerar alguns barreiras, como é o caso do modelo biomédico, que não é fácil de modificar (VIEIRA; DELGADO, 2021).

Segundo Menezes (2018), o cerne desse movimento social está no papel protagonista que os usuários e seus familiares desempenham em relação à definição das suas necessidades e o planejamento, criação e gestão de serviços. No entanto, as necessidades dessas pessoas continuam a ser pensadas pelos profissionais, identificados com instrumentos desenvolvidos por eles.

A saúde mental gerou mudanças mais profundas que afetam não só a relação entre o profissional de saúde e a pessoa doente, mas à própria organização e prestação de serviços. Entretanto, para que se instale e se sustente, são necessárias mudanças significativas de atitude na política, na gestão das instituições, nos profissionais e também dos usuários e familiares (ARCE; SOUZA; LIMA, 2011).

Para Paula *et al*. (2014), embora os transtornos mentais comuns constituam um volume substancial da consulta dos médicos de família, nem sempre estes recebem treinamento adequado para diagnosticá-los e tratá-los, não dispõem de tempo para isso, o que significa que muitos dos pacientes recebem apenas tratamento farmacológico quando em muitas ocasiões poderiam se beneficiar de abordagens multidisciplinares, com estratégias e técnicas de apoio e aconselhamento psicológico.

Por outro lado, no nível especializado, o atendimento aos transtornos mentais representa uma demanda crescente que subtrai a capacidade de atenção aos transtornos mentais mais graves e incapacitantes, sem que isso esteja associado a uma maior disponibilidade de tempo para o tratamento adequada, fundamentalmente devido à insuficiência do número de especialistas e dispositivos assistivos (ARCE; SOUZA; LIMA, 2011).

A luta contra o estigma por parte dos profissionais é outra chave para melhorar a abordagem da saúde mental. À medida que a conscientização sobre as doenças mentais melhora e o estigma em torno delas diminui, é possível que mais pessoas

também procurem ajuda (LIMA *et al*., 2011; MENEZES, 2018; VIEIRA; DELGADO, 2021).

Estudos de Souza (2004), Bezerra e Dimenstein (2008), Quinderé *et al*. (2013), Rocha e Werlang (2013) e Wachawovsky *et al*. (2021) ressaltaram que faltam programas de formação continuada aos profissionais das equipes. Uma política de formação contínua deve ter em conta, entre outros, a existência de um firme compromisso, por parte da gestão, para facilitar a formação e treinamento durante o horário de trabalho e desenvolvimento de uma carreira profissional, e procedimentos para avaliar e reconhecer os problemas de saúde mental na APS como guia para treinamento contínuo.

Um sistema de saúde que envolva a profissionais da área de saúde mental em serviços de assistência médica primária é uma proposta que deve começar a ser feita ao sistema de saúde pública, com base na definição de saúde que considera os fatores biopsicossociais, que é um equilíbrio em todas as áreas de influência das pessoas e não apenas a ausência de doença (SOUZA, 2004; QUINDERÉ *et al*., 2013; ROCHA; WERLANG, 2013).

No entanto, não basta apenas a presença de profissionais de saúde mental nos serviços de atenção primária; o clínico também deve empreender a tarefa de treinar e conscientizar-se da importância de identificar possíveis patologias mentais que continuarão a chegar à consulta pelo caráter somatizante ou pelos sinais físicos que alguns dos distúrbios podem apresentar. Nesta tarefa, não só o médico tem responsabilidades, mas toda a equipe multidisciplinar (ROCHA; WERLANG, 2013).

Assim como a formação especializada de pessoal de saúde tem como objetivo dotá-los das habilidades necessárias para atender às necessidades da população em termos de saúde mental, a formação contínua deve atualizá-los e expandi-los. A educação continuada não pode caber em um único programa, como a formação especializada, mas deve ser adaptada às necessidades de cada situação, de cada equipe e de cada profissional, o que exige uma análise prévia das referidas necessidades. Assim, para a preparação de programas de educação continuada,

deve ser levado em conta as necessidades, dados populacionais, institucionais e individuais (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008; WACHAWOVSKY *et al.*, 2021).

A equipe multidisciplinar não é a soma dos especialistas que a compõem, mas o resultado da interação entre eles (SOUZA, 2004). Por isso, são necessários programas e atividades de formação dirigidas não só aos médicos especialistas, mas também à equipe da unidade. A abordagem comunitária para o cuidado de transtornos mentais trouxe consigo o desenvolvimento de serviços, dispositivos e programas para o trabalho em rede, que exige uma profunda transformação de atitudes e a aquisição de novas habilidades para desenvolver um trabalho em pé de igualdade com os pacientes e seus familiares, como forma de tornar realidade o empoderamento e a recuperação (QUINDERÉ *et al*., 2013; ROCHA; WERLANG, 2013).

Quando uma pessoa chega à APS com um problema de saúde mental, duas coisas podem acontecer: seu médico encaminha para o serviço especializado, apesar da lista de espera muito alta, ou, sabendo dessa demora e para evitar sofrimento do paciente, decide prescrever algum medicamento, sem encaminhá-lo para a saúde mental (NEVES FILHO, 2009; BERTAGNONI *et al*., 2012; WACLAWOVSKY *et al*., 2021).

Nesse contexto, apesar de nos últimos anos ter ocorrido um aumento substancial dos problemas relacionados à saúde mental no país, essa crescente necessidade de atenção à saúde não é acompanhada por um aumento gradual de profissionais designados para abordar e tratar esses casos (CUBAS; VISGERAU; CARVALHO, 2018; MENEZES *et al*., 2019).

No modelo tradicional de prestação de serviços de saúde, o médico era considerado como o filtro dos pacientes com transtornos mentais aos serviços de saúde especializados. Entretanto, no atual modelo de assistência, a equipe multidisciplinar é considerada o componente chave para o diagnóstico e tratamento da doença. Nesse sentido, a maioria dos transtornos mentais devem ser atendidos por estes profissionais na atenção primária, evitando a alta porcentagem de recaídas e

construindo vínculos com os assistidos, o que ainda não se tornou uma realidade no país (SOUZA, 2015; SILVA *et al*., 2017).

Dotar as equipes de cuidados primários de infraestrutura e recursos humanos suficientes, assegurar a formação contínua e o apoio dos serviços especializados, bem como trabalhar em estreita colaboração com eles, são as chaves para prestar cuidados de melhor qualidade aos usuários. As enormes lacunas na atenção à saúde mental no Brasil são um exemplo da discrepância que existe entre a significativa carga de doenças que os transtornos de saúde mental trazem consigo e o escasso interesse em abordá-los, o que se traduz em um financiamento reduzido, uma oferta de serviços e distribuição desigual de recursos (CAMPOS, 2019; SALGADO; FORTES, 2021; SANINE; SILVA, 2021).

Da mesma forma, os atuais sistemas de atenção a doenças mentais ainda mantêm uma organização muito fraca e fragmentada para sua gestão e prevenção. Diante desse cenário e devido à alta prevalência de transtornos mentais e a complexidade dos cuidados que estes requerem, é preciso que os profissionais reconheçam a importância da integralidade como forma de ampliar o acesso e acolhimento dos usuários com transtornos mentais (PAULA *et al*., 2014; VIEIRA; DELGADO, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou analisar como vem ocorrendo o acesso das pessoas com transtornos mentais na atenção básica, tendo constatado que, apesar dos esforços feitos para estabelecer estratégias que garantam atendimento aos usuários da saúde mental, ainda existem barreiras para a integração desses serviços, o que se reflete diretamente nos atendimentos dos portadores de transtornos mentais.

O acesso das pessoas com transtornos mentais vem ocorrendo de forma fragmentada na atenção básica, situação decorrente de fatores como número insuficiente de profissionais e especialistas em saúde mental, treinamento e habilidades inadequadas da força de trabalho, rede de atendimento fragmentada, bem como atitude negativa e estigma em relação doença do metal.

Em relação às experiências bem-sucedidas de acesso das pessoas com transtorno mental na atenção básica, este estudo observou que o atendimento e acesso é otimizado quando ocorre articulação entre aos setores, melhor estruturação da APS e principalmente um trabalho multidisciplinar eficiente das equipes de saúde.

Intervenções para lidar com essas barreiras identificadas são essenciais para os usuários, prestadores de serviço e sistema de saúde, como forma de melhorar a qualidade dos cuidados em saúde mental, reduzindo as disparidades associadas ao acesso.

Investir no treinamento e educação da força de trabalho na identificação e gestão de transtornos mentais na atenção primária, para que possam oferecer um cuidado integral e articulado, são essenciais para abordar a enorme lacuna existente no tratamento dessas doenças mentais.

Esses programas e ferramentas de treinamento, juntamente com o apoio contínuo de serviços especializados de saúde mental à equipe de saúde da atenção primária, são o único caminho a seguir para superar as necessidades de atendimento destes usuários, integrando suas ofertas de saúde mental e física para garantir o acesso adequado aos cuidados.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, S. A. P. M.; HEIMANN, L. S. O PSF em Francisco Morato: unidade básica de saúde compartilhada. **Boletim do Instituto de Saúde**, v. 1, n. 37, p. 7-9, 2005.

ALBUQUERQUE, M. I. N. **Uma revisão sobre as Políticas Públicas de Saúde no Brasil**. Recife: UMA-SUS UFPE, 2015.

AMARAL, C. E. M. et al. Apoio matricial em Saúde Mental na atenção básica: efeitos na compreensão e manejo por parte de agentes comunitários de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 66, p. 801-812, 2018.

ARCE, V. A. R.; SOUSA, M. F. L.; LIMA, M. G. A práxis da Saúde Mental no âmbito da Estratégia Saúde da Família: contribuições para a construção de um cuidado integrado. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 541-560, 2011.

BERTAGNONI, L. et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Saúde Mental: itinerários terapêuticos de usuários acompanhados em duas Unidades Básicas de Saúde. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 23, n. 2, p. 153-162, 2012.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicol. cienc. prof**, v. 28, n. 3, p. 632-645, 2008.

BEZERRA, I. C. et al. "Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá": processo de medicamentalização e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n. 48, p. 61-74, 2014.

BINOTTO, A. L. et al. Interface saúde da família & saúde mental: uma estratégia para o cuidado. **Rev bras med fam comunidade**, v. 7, n. 2, p. 83-89, 2012.

BOTELHO, T. M. O desmantelamento das políticas sociais na contemporaneidade. In: OLIVEIRA, T. N. (Org.). **Política social e gestão de serviços sociais**. Ponta Grossa: Atena, 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Legislação em Saúde Mental:** 1990-2004. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. **Portaria n. 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. **Portaria n° 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Portaria nº 2.203**, de 03 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica NOB/SUS 01/96. Aprova a redefinição do modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. **Portaria nº 234**, de 07 de fevereiro de 1992. Norma Operacional Básica NOB/1992. Dispõe sobre a normalização da assistência à saúde no SUS; estímulo a implantação, o desenvolvimento e o funcionamento do sistema; e dar forma concreta e instrumentos operacionais à efetivação dos preceitos constitucionais da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.

BRASIL. **Portaria nº 545**, de 20 de maio de 1993. Norma Operacional Básica NOB/SUS 01/1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

BRASIL. **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). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Portaria nº 95**, de 26 de janeiro 2001. NOAS/SUS 01/2001. Apresenta as diretrizes para o avanço do processo de descentralização, baseadas na macroestratégia de regionalização. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **Resolução nº 258**, de 07 de janeiro de 1991. Norma Operacional Básica NOB/1991. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1991.

BRAVO, M. I. S. A política de saúde no Brasil: trajetória histórica. In: BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C.; ARAÚJO, P. S. X. (Orgs.). **Capacitação para conselheiros de saúde:** textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/NAPE, 2001.

CARDOSO, L. C. B. et al. Assistência em saúde mental na Atenção Primária: perspectiva dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. Suppl. 3, p. 1-9, 2022.

CASTRO, J. A. Política social e desenvolvimento no Brasil. **Economia & Sociedade**, v. 21, n. Esp., p. 1011-1042, 2012.

CECILIO, L. C. O.; SPEDO, S. M. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel**? Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, 2012.

COUTO, B. R. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira:** uma equação possível? São Paulo: Cortez, 2004.

CROSSETI, M. G. O. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem o rigor cientifico que lhe é exigido. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 33, n. 2, p. 8-9, 2012.

CUBAS, J. M.; VOSGERAU, D. S. R.; CARVALHO, D. R. Fatores que interferem no acesso aos serviços de saúde mental por crianças e adolescentes. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 31, Supl 1. p. 1-12, 2018.

DIMENSTEIN, M. et al. Equidade e acesso aos cuidados em saúde mental em três estados nordestinos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 5, p.; 1727-1738, 2021.

DWECK, E.; SILVEIRA, F.; ROSSI, P. Austeridade e desigualdade social no Brasil. In: ROSSI, P.; DWECK, E.; OLIVEIRA, A. L. M. (Eds.). **Economia para Poucos**. São Paulo: Autonomia Literária, 2018.

FALEIROS, V. P. **Estratégias em Serviço Social**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

FIGUEIREDO, A. C. C. **Do acesso ao acompanhamento:** Os desafios da assistência em um ambulatório de saúde mental. 2020. 169f. Dissertação (Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial) - Instituto de Psiquiatria da UFRJ, Rio de Janeiro, 2020.

FONTENELLE, L. F. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 7, n. 22, p. 5-9, 2012.

FROSI, R. V.; TESSER, C. D. Práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde: análise a partir de experiências desenvolvidas em Florianópolis, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3151-3161, 2015.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária Em saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; Cebes; 2012.

GURGEL, A. L. L. G. et al. Cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família: a experiência do apoio matricial. **Rev enferm UERJ**, v. 25, n. 1, p. 1-6, 2017.

HOWLETT, M.; RAMESH, M.; PERL, A. **Política pública:** seus ciclos e subsistemas. Uma abordagem integral. Trad. Francisco G. Heidemann. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

LIMA, A. M. J. et al. Por que a assistência em saúde mental não acompanha a estruturação da atenção primária? **Revista de Saúde Pública**, v. 55, n. 99, p. 1-9, 2021.

LIMA, N. T. et al. (Orgs). **Saúde e democracia:** história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MACÊDO, S. **Gestão de políticas públicas:** capacitação de servidores públicos – Educação à Distância. 2020. Disponível em: https://receitas.tce.mg.gov.br/?p=1997. Acesso em: 11 abr. 2021.

MACHADO, C. V.; SILVA, G. A. Lutas políticas por um sistema universal de saúde no Brasil: sucessos e limites na redução das desigualdades. **Global Health**, v. 15, n. 77, p. 1-12, 2019.

MARMOT, M. Brasil: progresso rápido e o desafio da desigualdade. **Int J Equity Health**, v. 15, n. 177, p. 1-2, 2016.

MATIJASCIC, M. **Política social brasileira:** conquistas e desafios. Brasília: IPEA, 2019.

MATIJASCIC, M.; GUERRA A. L.; ALDRIN, R. **Presença do Estado no Brasil**. Brasília: Ipea, 2011.

MELO, E. A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 1, p. 38-51, 2018.

MENDES, A.; MARQUES, R. M. O financiamento da atenção básica e da estratégia saúde da família no sis tema único de saúde. **Saúde debate**, v. 38, n. 103, p. 900-916, 2014.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciências Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-305, 2010.

MENEZES, A. L. A. et al. Narrativas de sofrimento emocional na Atenção Primária: contribuições para uma abordagem integral culturalmente sensível em Saúde Mental Global. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, n. 1, p. 1-17, 2019.

MENEZES, A. L. A. **Saúde Mental na Atenção Primária:** um estudo local sobre sofrimento emocional e acesso ao cuidado em tempos de saúde mental global.. 2018. 303f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas e Saúde) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

MORAIS, A. P. P. **Saúde mental na atenção básica:** o desafio da implementação do apoio matricial. 2010. 119f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

MORAIS, A. P. P.; TANAKA, O. Y. Apoio matricial em saúde mental: alcances e limites na atenção básica. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 1, p. 161-170, 2012.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. Revisão da política nacional de atenção básica numa hora dessas? **Cad Saúde Pública**, v. 33, n. 1, p. 1-4, 2017.

NEDEL, F. B. et al. Características da Atenção Básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura **Epidemiologia e Serviços Saúde**, v. 19, n. 1, p. 61-75, 2010.

NEVES FILHO, J. M. **Saúde mental, atenção primaria e a Estratégia Saúde da Família:** a implantação de unidades básicas de apoio à saúde mental na região sul do município de São Paulo: um estudo de caso. 2009. 340f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

OLIVEIRA JUNIOR, M. Critérios para repasse dos recursos federais. Papel redistributivo do governo federal (MS) e estadual no financiamento da saúde. In: XI Conferência Nacional de Saúde, Brasília, n. 11, Brasília. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

OLIVEIRA, A. B. et al. Contribuições do Apoio Matricial em Saúde Mental na Atenção Primária: Revisão Integrativa da Literatura. **Id on Line Rev. Mult. Psic**, v.12, n. 41, p. 1033-1047, 2018.

OLIVEIRA, V. C. Comunicação, informação e participação popular nos Conselhos de Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 56-69, 2004.

PAES, L. G. et al. Rede de atenção em saúde mental na perspectiva dos coordenadores de serviços de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 11, n. 2, p. 395-409, 2013.

PAIM, J. S. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet**, v. 377, n. 3, p. 1778-1797, 2011.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-35, jan./mar. 2014.

PAULA, M. L. et al. Assistência ao usuário de drogas na atenção primária à saúde. **Psicologia em Estudo**, v. 19, n. 2, p. 223-233, 2014.

PAULON, S, M.; PROTAZIO, M. M.; TSCHIEDEL, R. “Eu sei o que é saúde mental!”: Pesquisar e Cuidar como Fios da Mesma Trama. **Rev. Polis Psique**, v. 8, n. 1, p. 6-32, 2018.

PEREIRA, A. A. et al. **Rede de atenção:** saúde mental Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2020.

PEREIRA, P. A. **Política Social**. Temas & Questões. São Paulo: Cortez, 2008.

PEREIRA. P. A.; STEIN, R. H. Política social: universalidade versus focalização. Um olhar sobre a América Latina. in: BOSCHETTI, I. et al. (Orgs.). **Capitalismo em crise, política social e direitos**. São Paulo: Cortez, 2010.

PINHO, E. C. C. et al. Acesso e acessibilidade na atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Oficial do Conselho Federal de Enfermagem,** v. 11, n. 2, p. 168-175, 2020.

PINTO, A. G. A. et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 3, p. 653-660, 2012.

PINTO, H. A. Análise da mudança da política nacional de atenção básica. **Saúde em Redes**, v. 4, n. 2, p. 191-217, 2018.

PINTO, T. R. **A estratégia de saúde da família em sua relação com a rede de serviços e dispositivos substitutivos em saúde mental**. 2007. 128f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2007.

QUINDERÉ, P. H. D. et al. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 2157-2166, 2013.

RIBEIRO, O. M. P. L.; MARTINS, M. M. F. P. S.; TRONCHIN, D. M. R. Modelos de prática profissional de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Rev Enf Ref**, v. 4, n. 10, p. 125-133, 2016.

ROCHA, B. S.; WERLANG, M. C. Psicofármacos na Estratégia Saúde da Família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 11, p. 3291-3300, 2013.

ROCHA, H. A. et al. Saúde mental na atenção básica: uma avaliação por meio da Teoria da Resposta ao Item. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, n. 17, p. 1-12, 2018.

SALGADO, M. A.; FORTES, S. L. C. Indicadores de saúde mental na atenção primária à saúde: avaliando a qualidade do acesso através da capacidade de detecção de casos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 9, p. 1-7, 2021.

SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. 1-14, 2021.

SANINE, P. R.; SILVA, L. I. F. Saúde mental e a qualidade organizacional dos serviços de atenção primária no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 37, n. 7, p. 1-13, 2021.

SARZANA, M. B. G. et al. Gestão do cuidado na saúde mental sob a perspectiva da rede de atenção à saúde. **REME – Rev Min Enferm**, v. 22, n. 11, p. 1-8, 2018.

SECCHI, L. **Políticas públicas:** conceitos, categorias de análise, casos práticos. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

SILVA, G. et al. Práticas de Cuidado Integral às Pessoas em Sofrimento Mental na Atenção Básica. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, n. 2, p. 404-417, 2017.

SOUSA, A. B. S.; OLIVEIRA, L. K. P.; SCHNEID, J. L. Acolhimento realizado na atenção básica pela equipe de enfermagem ao paciente portador de transtorno

mental: uma revisão teórica. **Revista Amazônia Science & Health**, v. 4, n. 3, p. 43-48, 2016.

SOUZA, Â. C. **Em tempos de PSF:** Novos rumos para atenção em saúde mental? 2004. 167 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

SOUZA, Â. C.; AMARANTE, P. D.; ABRAHAO, A. L. Inclusão da saúde mental na atenção básica à saúde: estratégia de cuidado no território. **Rev. Bras. Enferm**, v. 72, n. 6, p. 1677-1682, 2019.

SOUZA, M. F. M. et al. Mudanças na saúde e na doença no Brasil e em seus estados nos 30 anos de criação do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência saúde coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1737-1750, 2018.

SOUZA, S. A. **Usuários de saúde mental e suas trajetórias terapêuticas na Rede de Atenção à Saúde, frente à hipertensão e/ou diabetes mellitus**. 2015. 122f. Dissertação (Mestrado em Ciencias) – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

STRINGHINI, S. et al. Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1. 7 million men and women. **Lancet**, v. 389, n. 10075, p. 1229-37, 2017.

TEIXEIRA, M. G. et al. As conquistas do SUS no enfrentamento das doenças transmissíveis. **Ciência saúde coletiva**, v. 23, n. 8, p. 1819-1828, 2018.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.; VIDAL, T. B. **Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação.** Saúde debate, v. 42, n. Esp1, p. 361-378, 2018.

TREICHEL, C. A. S.; CAMPOS, R. T.; ONOCKO CAMPOS, G. W. Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, n. 1, p. 1-18, 2019.

VÁZQUEZ, D.; DELAPLACE, D. Políticas Públicas na perspectiva de direitos humanos: um campo em construção. **SUR - Revista Internacional de Direitos Humanos**, v. 8, n. 14, p. 35-65 jun. 2011.

VIEIRA, V. B.; DELGADO, P. G. G. Estigma e saúde mental na atenção básica: lacunas na formação médica podem interferir no acesso à saúde? **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 4, p. 1-11, 2021.

WACLAWOVSKY, A. J. et al. Estratégia Saúde da Família: caracterização dos usuários com diagnóstico de Saúde Mental. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, p. 1-11, 2021.

WESTPHAL, M. F.; ALMEIDA, E. S. **Gestão de Serviços de Saúde:** Descentralização, Municipalização do SUS. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001.

ANEXO A – CHECK LIST PRISMA

PRISMA 2020 Checklist

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
TITLE			
Title	1	Identify the report as a systematic review.	
ABSTRACT			
Abstract	2	See the PRISMA 2020 for Abstracts checklist.	
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of existing knowledge.	
Objectives	4	Provide an explicit statement of the objective(s) or question(s) the review addresses.	
METHODS			
Eligibility criteria	5	Specify the inclusion and exclusion criteria for the review and how studies were grouped for the syntheses.	
Information sources	6	Specify all databases, registers, websites, organisations, reference lists and other sources searched or consulted to identify studies. Specify the date when each source was last searched or consulted.	
Search strategy	7	Present the full search strategies for all databases, registers and websites, including any filters and limits used.	
Selection process	8	Specify the methods used to decide whether a study met the inclusion criteria of the review, including how many reviewers screened each record and each report retrieved, whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	
Data collection process	9	Specify the methods used to collect data from reports, including how many reviewers collected data from each report, whether they worked independently, any processes for obtaining or confirming data from study investigators, and if applicable, details of automation tools used in the process.	
Data items	10a	List and define all outcomes for which data were sought. Specify whether all results that were compatible with each outcome domain in each study were sought (e.g. for all measures, time points, analyses), and if not, the methods used to decide which results to collect.	
	10b	List and define all other variables for which data were sought (e.g. participant and intervention characteristics, funding sources). Describe any assumptions made about any missing or unclear information.	
Study risk of bias assessment	11	Specify the methods used to assess risk of bias in the included studies, including details of the tool(s) used, how many reviewers assessed each study and whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	
Effect measures	12	Specify for each outcome the effect measure(s) (e.g. risk ratio, mean difference) used in the synthesis or presentation of results.	
Synthesis methods	13a	Describe the processes used to decide which studies were eligible for each synthesis (e.g. tabulating the study intervention characteristics and comparing against the planned groups for each synthesis (item #5)).	
	13b	Describe any methods required to prepare the data for presentation or synthesis, such as handling of missing summary statistics, or data conversions.	
	13c	Describe any methods used to tabulate or visually display results of individual studies and syntheses.	
	13d	Describe any methods used to synthesize results and provide a rationale for the choice(s). If meta-analysis was performed, describe the model(s), method(s) to identify the presence and extent of statistical heterogeneity, and software package(s) used.	
	13e	Describe any methods used to explore possible causes of heterogeneity among study results (e.g. subgroup analysis, meta-regression).	
	13f	Describe any sensitivity analyses conducted to assess robustness of the synthesized results.	
Reporting bias assessment	14	Describe any methods used to assess risk of bias due to missing results in a synthesis (arising from reporting biases).	
Certainty assessment	15	Describe any methods used to assess certainty (or confidence) in the body of evidence for an outcome.	

PRISMA 2020 Checklist

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
RESULTS			
Study selection	16a	Describe the results of the search and selection process, from the number of records identified in the search to the number of studies included in the review, ideally using a flow diagram.	
	16b	Cite studies that might appear to meet the inclusion criteria, but which were excluded, and explain why they were excluded.	
Study characteristics	17	Cite each included study and present its characteristics.	
Risk of bias in studies	18	Present assessments of risk of bias for each included study.	
Results of individual studies	19	For all outcomes, present, for each study: (a) summary statistics for each group (where appropriate) and (b) an effect estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval), ideally using structured tables or plots.	
Results of syntheses	20a	For each synthesis, briefly summarise the characteristics and risk of bias among contributing studies.	
	20b	Present results of all statistical syntheses conducted. If meta-analysis was done, present for each the summary estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval) and measures of statistical heterogeneity. If comparing groups, describe the direction of the effect.	
	20c	Present results of all investigations of possible causes of heterogeneity among study results.	
	20d	Present results of all sensitivity analyses conducted to assess the robustness of the synthesized results.	
Reporting biases	21	Present assessments of risk of bias due to missing results (arising from reporting biases) for each synthesis assessed.	
Certainty of evidence	22	Present assessments of certainty (or confidence) in the body of evidence for each outcome assessed.	
DISCUSSION			
Discussion	23a	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence.	
	23b	Discuss any limitations of the evidence included in the review.	
	23c	Discuss any limitations of the review processes used.	
	23d	Discuss implications of the results for practice, policy, and future research.	
OTHER INFORMATION			
Registration and protocol	24a	Provide registration information for the review, including register name and registration number, or state that the review was not registered.	
	24b	Indicate where the review protocol can be accessed, or state that a protocol was not prepared.	
	24c	Describe and explain any amendments to information provided at registration or in the protocol.	
Support	25	Describe sources of financial or non-financial support for the review, and the role of the funders or sponsors in the review.	
Competing interests	26	Declare any competing interests of review authors.	
Availability of data, code and other materials	27	Report which of the following are publicly available and where they can be found: template data collection forms; data extracted from included studies; data used for all analyses; analytic code; any other materials used in the review.	

From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

For more information, visit: http://www.prisma-statement.org/