

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO/FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

Thays Carvalho Gonem

**O PRETENDIDO E O PRATICADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA: revisão da produção na Biblioteca Virtual de Saúde (2001-2022)**

**Porto Alegre
2022**

Thays Carvalho Gonem

**O PRETENDIDO E O PRATICADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA: revisão da produção na Biblioteca Virtual de Saúde (2001-2022)**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Departamento de Ciências Administrativas da Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa

Porto Alegre

2022

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Reitor: Prof. Dr. Carlos André Bulhões Mendes

Vice-reitora: Profa. Dra. Patrícia Helena Lucas Pranke

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO

Diretor: Prof. Dr. Takeyoshi Imasato

Vice-diretor: Prof. Dr. Denis Borenstein

COORDENAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

Coordenador Geral: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Coordenador de Ensino: Prof. Dr. Guilherme Dornelas Camara

CIP - Catalogação na Publicação

Gonem, Thays Carvalho
O pretendido e o praticado em Saúde Mental na
Atenção Primária: revisão da produção na Biblioteca
Virtual de Saúde (2001-2022) / Thays Carvalho Gonem.
-- 2022.
81 f.
Orientador: Roger dos Santos Rosa.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de
Administração, Gestão em Saúde, Porto Alegre, BR-RS,
2022.

1. Atenção Primária em Saúde. 2. Saúde Mental. 3.
Políticas de Saúde Mental. 4. Gestão em saúde. 5.
Sistema Único de Saúde. I. Rosa, Roger dos Santos,
orient. II. Título.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pela autora.

Escola de Administração da UFRGS

Rua Washington Luiz, 855, Centro Histórico

CEP: 90010-460 - Porto Alegre - RS

Telefone: 3308-3801

Thays Carvalho Gonem

**O PRETENDIDO E O PRATICADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA: revisão da produção na Biblioteca Virtual de Saúde (2001-2022)**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Departamento de Ciências Administrativas da Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Aprovado em 6 de dezembro de 2022

Banca Examinadora

Examinador(a): Ms. Ana Carolina Einsfeld Mattos

Examinador(a): Ms. Patricia Silva da Silva

Orientador(a): Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa

Aos que apostam com os seus afetos na saúde pública

AGRADECIMENTOS

O desenvolvimento dessa especialização e desse trabalho de conclusão se deu durante travessias de vida que se engendram com travessias macro e micropolíticas na saúde. Nesse mesmo período, atravessaram-se a essas produções conceituais as produções de uma caminhada marcada pelo meu ingresso enquanto trabalhadora no SUS, pelo cenário crítico de pandemia da Covid-19, por descobertas de outras vias do cuidado no cotidiano das relações com usuários e colegas, resistências em meio ao processo de desmonte da política pública de saúde que reverbera nesses últimos anos e, mais importante, as chamadas de esperança que insistem em reacender e que devolvem sentidos para continuar apostando. Aposto na potência dos encontros e a alguns deles aqui agradeço:

Ao professor Roger dos Santos Rosa, orientador desta pesquisa, pelo trabalho generoso e atencioso de guiança e compartilhamento de saberes.

Aos professores, monitores e trabalhadores envolvidos no curso de especialização, pela qualidade do trabalho e por oferecerem uma concepção comprometida e crítica acerca da gestão em saúde e da saúde pública.

À minha família, pelos respiros de vida, carinho e alegria que abastecem essa jornada.

Ao Vinícius, pelos sonhos e pela capacidade de me ajudar a realizá-los com afeto, dedicação e amor.

Às colegas do Núcleo de Apoio à Atenção Básica - NAAB Saúde Mental, Jéssica e Lu, pela sempre parceria, alegria e partilha da aposta em uma saúde mental carregada de amorosidade.

Aos usuários queridos que atravessaram e atravessam meu percurso, por serem meus grandes professores do trabalho junto ao SUS e à Saúde Mental.

RESUMO

Objetivo: Analisar a produção científica existente quanto ao tema "o pretendido e o praticado em Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde", referente ao Brasil e publicada no período de 2001 a 2022. **Método:** Trata-se de uma revisão de escopo (*scoping review*) que parte da seguinte pergunta norteadora: “Quais são os resultados sobre o pretendido e o praticado em saúde mental na atenção primária em saúde?”. A pesquisa foi realizada no portal da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) - nas bases de referências MEDLINE (Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) - onde foram incluídos estudos completos, em língua portuguesa, espanhola e inglesa, publicados de 2001 a 2022, utilizando os descritores Saúde Mental e Atenção Primária em Saúde. Dos 338 estudos encontrados, 15 foram selecionados para a revisão. **Resultados:** Os estudos analisados correspondem ao período de 2007 a 2021; a participação dos autores é heterogênea e predominantemente composta por mulheres; as revistas/instituições de publicação são heterogêneas; o método é predominantemente qualitativo e as publicações são em sua maioria artigos científicos. Os estudos abordam temáticas semelhantes, das quais se extraiu as seguintes categorias: matriciamento; formação, capacitação e atualizações; Reforma Psiquiátrica; princípios e diretrizes do SUS; humanização do cuidado, acolhimento e vínculo; paradigma biomédico do cuidado; clínica ampliada; casos leves e graves; burocratização; agentes do cuidado territorial e gestão. **Conclusão:** Os resultados mostram que uma quantidade significativa de estudos vêm sendo desenvolvida acerca do tema e a relação entre o pretendido e o praticado em saúde mental na atenção primária ainda é incipiente, embora movimentos venham aos poucos sendo realizados para construir essa interface. **Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde; Atenção Primária em Saúde; Saúde Mental; Políticas de Saúde Mental; Gestão em saúde.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la producción científica existente sobre el tema "La Salud Mental pensada y practicada en la Atención Primaria de Salud", referente a Brasil y publicada en el período 2001-2022. **Método:** Se trata de una revisión de alcance (*scoping review*) que parte de la siguiente pregunta orientadora: "¿Cuáles son los resultados sobre lo que se pretende y lo que se practica en salud mental en la atención primaria de salud?". La investigación se realizó en el portal Biblioteca Virtual en Salud (BVS) - en las bases de referencia MEDLINE (Sistema en Línea de Búsqueda y Análisis de Literatura Médica) y LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud) - donde se completan estudios, en portugués, español e inglés, publicado de 2001 a 2022, utilizando los descriptores Salud Mental y Atención Primaria de Salud. De los 338 estudios encontrados, 15 fueron seleccionados para la revisión. **Resultados:** Los estudios analizados corresponden al período de 2007 a 2021; la participación de autores es heterogénea y predominantemente compuesta por mujeres; las revistas/instituciones editoriales son heterogéneas; el método es predominantemente cualitativo y las publicaciones son en su mayoría artículos científicos. Los estudios abordan temas similares, de los cuales fueron extraídas las siguientes categorías: soporte matricial; capacitación, desarrollo de capacidades y actualizaciones; Reforma Psiquiátrica; Principios y lineamientos del SUS; humanización del cuidado, acogida y vínculo; paradigma biomédico de la atención; clínica ampliada; casos leves y severos; burocratización; agentes de cuidado territorial y gestión. **Conclusión:** Los resultados muestran que se ha desarrollado un número significativo de estudios sobre el tema y la relación entre lo que se pretende y lo que se practica en salud mental en la atención primaria es aún incipiente, aunque poco a poco se van dando pasos para construir esta interfaz. **Palabras clave:** Sistema Único de Salud; Atención Primaria; Salud mental; Políticas de Salud Mental; Gestión de la salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma de apresentação da seleção dos estudos que compõem a pesquisa 35

LISTA DE QUADROS

Quadro 5.1 - Autores (ano), periódico/instituição, título, método e tipo de produção	36
Quadro 5.2 - Síntese de resultados	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABS	Atenção Básica à Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
ESF	Estratégia de Saúde da Família
Inamps	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica
MLA	Movimento da Luta Antimanicomial
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
Piass	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Política Nacional sobre Drogas
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PPI	Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde
PRISMA-ScR	<i>Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews</i>
PSF	Programa de Saúde da Família
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
Sesp	Serviço Especial de Saúde Pública
Siab	Sistema de Informações da Atenção Básica
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos

SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 INTERFACES ENTRE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA: O CONTEXTO DO ESTUDO	18
2.1 Atenção Primária: do dispositivo estratégico ao paradigma do cuidado	18
2.2 Saúde mental no Brasil: reforma psiquiátrica, desinstitucionalização e redes de cuidado	22
2.3 Pontos de encontro entre saúde mental e Atenção Primária em Saúde	27
3 OBJETIVOS	32
3.1 Objetivo geral	32
3.2 Objetivos específicos	32
4 MÉTODO	33
4.1 Delineamento do estudo	33
4.2 Estratégia de busca	33
5 RESULTADOS	36
6 DISCUSSÃO	44
7 CONCLUSÃO	56
REFERÊNCIAS	57
APÊNDICE A - Total de autores por estudo e categorização por sexo	64
APÊNDICE B - Síntese de resultados por estudo	68

1 INTRODUÇÃO

O movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira se situa para além da necessidade histórica de rearranjo de modelos assistenciais e serviços de saúde mental com a finalidade de promover uma alternativa ao modelo hospitalocêntrico e asilar. Ao se colocar a favor da desinstitucionalização e contra a noção de enclausuramento enquanto estratégia de cuidado, tal movimento dá novos contornos sociais à loucura, que demandam, além de mudanças nas políticas públicas e instituições, a formação de novos paradigmas éticos e políticos que impactam, sobretudo, em conceitos fundamentais ao campo da saúde, como os de atenção, clínica e reabilitação. Movimentam-se, assim, saberes, políticas, usuários, profissionais, fluxos e modelos de gestão.

Historicamente, alguns movimentos reformistas desta ordem realizados ao redor do mundo partilham de pressupostos comuns, tais quais a desinstitucionalização e o fortalecimento das bases territoriais do cuidado em saúde mental, especialmente através da proposta de investimento majoritário na construção de redes de cuidado em moldes equivalentes aos da atenção básica ou primária em saúde, nomeados também como serviços básicos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1975). Avalia-se que os cuidados prestados nesse nível da assistência podem ser altamente resolutivos, poupando a necessidade de atenção especializada; desestigmatizantes, na medida em que o tratamento do sofrimento mental é realizado em mesmo *locus* em que as mais diversas questões de saúde; e dignificantes, pois a territorialização garante acesso facilitado às populações e preservação dos vínculos comunitários.

No Brasil, o movimento antimanicomial germina no mesmo contexto de lutas da Reforma Sanitária, da qual é fruto a universalização do direito à saúde, oficializada na Constituição Federal de 1988 e materializada na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Centrado sobretudo na superação do asilamento como única alternativa de cuidado à pessoa com transtorno mental, o Movimento da Reforma Psiquiátrica, na década de 1990, soma à luta pela desinstitucionalização o tópico da expansão da rede substitutiva no SUS. Entende-se que, com o fechamento dos manicômios, surge a necessidade de que sejam pensados dispositivos para acolher a demanda de desinstitucionalizados e também os novos usuários (FURTADO; CAMPOS, 2005).

A conjuração das lutas pelo cuidado em liberdade e por uma rede substitutiva que o sustente no SUS culminou, no ano de 2001, na consolidação da reforma psiquiátrica como

política de Estado, por meio da III Conferência Nacional de Saúde Mental, e, no mesmo ano, da promulgação da Lei nº 10.216, popularmente conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Institui-se a necessidade de contornos diferentes ao tratamento da pessoa com transtorno mental, de modo a ampliar a perspectiva do cuidado, até então centrada num paradigma predominantemente biomédico. Ganham materialidade na lei aspectos como a priorização do cuidado em liberdade, em meio comunitário e de forma a preservar aspectos como a dignidade, a liberdade do acesso e a reinserção social (BRASIL, 2001).

Somam-se a estas conquistas, uma série de outras políticas de estruturação dos cuidados em saúde mental no âmbito do SUS, como a Portaria nº 3.367, do ano de 2002, que institui o caráter dos serviços substitutivos de atenção ambulatorial e comunitária, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), definidos por complexidade, porte e abrangência populacional (BRASIL, 2002). Em 2003, é estabelecido o Programa De Volta para Casa, com o objetivo de reinserir na vida comunitária os egressos de longos asilamentos psiquiátricos, garantindo auxílio financeiro e psicossocial para que essas pessoas sejam cuidadas no próprio território (BRASIL, 2003). No ano de 2004, cria-se o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, por meio da Portaria nº 21.979, que incorpora a estratégia de Redução de Danos enquanto política de cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Já em 2011, a Portaria nº 3.088 institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que cria, amplia e articula, no âmbito do SUS, inúmeros pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento mental e necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Ainda que a criação e articulação dos dispositivos de cuidado especializado, como os CAPS, seja absolutamente relevante ao propósito de consolidação de uma saúde mental antimanicomial, a atenção primária em saúde (APS) nunca deixou de figurar em importância para a mesma finalidade. Sua inserção no território onde vivem dos usuários, a proximidade de outros dispositivos sociocomunitários, sua estratégia de cuidado longitudinal e sua estruturação nos princípios da integralidade, interdisciplinaridade, intersetorialidade e territorialidade fazem dessa política pública um espaço profícuo para um cuidado digno e desestigmatizante (WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

O reconhecimento da potência dessa articulação é expresso em uma série de movimentos de políticas subsequentes à Lei da Reforma Psiquiátrica. Em 2003 é lançado o documento *Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários*, que especifica a inclusão de ações, dentre as quais o apoio matricial de saúde mental, na atenção básica (AB) para as equipes de saúde da família, outrora inscritas como Programa de Saúde da Família

(PSF), hoje correspondentes à Estratégia de Saúde da Família (ESF). O mesmo material propõe formações em saúde mental a esses trabalhadores, acompanhamento, avaliação das ações implementadas e sua inserção no sistema de informações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

No ano de 2005, os indicadores de saúde mental são incorporados aos da atenção básica e inseridos no Sistema de Informações da Atenção Básica (Siab) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005a). A Portaria GM nº 1.097, de 22 de maio de 2006, por sua vez, inclui critérios para a indicação de ações de saúde mental na atenção básica nas diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (PPI) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Em 2008, a Portaria nº 154 cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008), que ampliam o alcance da rede de básica para diversos âmbitos, dentre os quais o da saúde mental.

Apesar de garantida pelas políticas públicas, a incorporação do cuidado em saúde mental no campo atenção primária em saúde parece ser percebida pelos atores - dentre os quais usuários, trabalhadores e pesquisadores - como, por vezes, precária e incompatível. As abordagens psicossociais que tomam o indivíduo por sua multidimensionalidade histórica, biológica e sociocultural garantiram lugar nas narrativas das leis, decretos e documentos orientadores do SUS pós Reforma Psiquiátrica, em detrimento do foco na patologização dos sujeitos e na centralidade do diagnóstico. No que concerne à concretização do encontro entre esses dois campos, uma diversidade de estudos têm destacado que há problemáticas recorrentes associadas à dificuldade da implementação do modelo psicossocial nos serviços básicos.

Alguns deles apontam limites como a preponderância do modelo biomédico e medicalizante fortemente arraigado no campo da saúde, a falta de capacitação e preparo das equipes para acolhimento das demandas de saúde mental e fatores como o estigma do sofrimento psíquico, onde os usuários em condição de sofrimento mental ou uso abusivo de substâncias são comumente associados à incapacidade para a vida social e à periculosidade (PUPO *et al.*, 2021; FURTADO, CAMPOS, 2005; NUNES, JUCÁ, VALENTIM, 2007).

Franco Basaglia, expoente da luta pela superação dos manicômios e da Reforma Psiquiátrica Italiana de 1961, que serviu de modelo para lutas do gênero disseminadas ao redor do mundo, apontava para o fato de que mudanças nas relações de cuidado necessitam ser sedimentadas em bases que permitam aos trabalhadores e instituições construir a si e as suas práticas sob valores democráticos. Segundo Basaglia (2010), o manicômio não é findado com a destruição ou banimento desses estabelecimentos, mas com a superação dos

manicômios ideologicamente sustentados nas ações e olhares da sociedade. Sendo assim, mudanças do ponto de vista técnico demonstram nem sempre caminhar no compasso das realidades para as quais se destinam.

Para que se estabeleça uma atenção em saúde mental compatível sobretudo com as necessidades daqueles que são sua razão de existir - ou seja, os sujeitos em condição de sofrimento psíquico, transtornos mentais ou problemáticas decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas -, além de compreender as políticas e dispositivos existentes, parece ser necessário olhar para as realidades que os incorporam cotidianamente: serviços, instituições, trabalhadores, usuários. Assim talvez seja possível compreender sob que moldes se dá a relação entre saúde mental e o contexto vivo e quais são os atravessadores que preponderam na experiência, tanto no que diz respeito aos aspectos bem sucedidos quanto aos desafios e pontos nebulosos para os quais a redação da lei não dá contornos.

Na tentativa de estudar a interface saúde mental-atenção primária em saúde, o presente trabalho propõe analisar a produção científica existente na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS)¹ quanto ao tema *o pretendido e o praticado em Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde*, referente ao Brasil e publicada no período de 2001 a 2022. A decisão por circunscrever a pesquisa a esse recorte temporal está relacionada à promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, datada de 2001. A escolha pela abordagem se justifica pela importância de dar visibilidade às pesquisas já produzidas e apontar possíveis lacunas existentes nas produções sobre a temática.

Os debates sobre a inserção dos cuidados em saúde mental na atenção primária em saúde não são novidade, porém ganham contornos diferenciados na medida em que a Reforma Psiquiátrica se torna garantia prevista em lei. A política pública, os diferentes dispositivos de saúde e os moldes assistenciais nos quais se baseiam são aspectos determinantes para a conformação do modelo de atenção, mas não dão conta de expressar a totalidade da experiência (GALVÃO, 2012). Apontar para tais pesquisas é uma forma de compreender as nuances que permeiam as relações entre o que é pretendido nas leis e diretrizes e o que é de fato praticado no campo.

O capítulo subsequente busca contextualizar o estudo. Nele, explora-se conceitos, perspectivas e realidades que definem a política pública de atenção primária em saúde no Brasil enquanto estratégia de base territorial ordenadora do cuidado. A seguir, é resgatado o percurso da Reforma Psiquiátrica no Brasil, desde a sua iminência enquanto campo de luta até a implementação da política pública conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica. Ao

¹ A consulta se refere ao portal <https://pesquisa.bvsalud.org/>

elucidar esse contexto, busca-se identificar aspectos históricos, políticos e conceituais enquanto uma rede complexa, que baliza tanto a luta antimanicomial como fenômeno social materializado em lei. Por fim, analisa-se as interfaces e articulações que se estabelecem entre saúde mental pós Reforma Psiquiátrica e o campo da atenção primária.

O terceiro e o quarto capítulos, por sua vez, são destinados a apresentar os objetivos e bases metodológicas do trabalho. Por fim, o quinto, sexto e sétimo capítulos tratam, respectivamente, da apresentação dos resultados da pesquisa, da discussão destes e das considerações finais.

2 INTERFACES ENTRE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA: O CONTEXTO DO ESTUDO

2.1 Atenção Primária: do dispositivo estratégico ao paradigma do cuidado

As diversas propostas e experiências que internacionalmente se convencionou chamar por Atenção Primária à Saúde (APS) podem ser resumidas como “uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades” (MATTA; MOROSINI, 2009, p. 44). Entretanto, vale destacar que, em diferentes contextos, há formas peculiares de compreender e implementar as políticas de atenção primária. Em partes do mundo, por exemplo, ela se constitui na oferta, focalizada e seletiva, de um conjunto reduzido de serviços voltados às populações mais pobres; enquanto que em outras, é o primeiro nível da atenção de um sistema de saúde que baliza e coordena todo o cuidado subsequente (MATTOS, 2000 apud MATTA, MOROSINI, 2009).

No Brasil, o que se tem por atenção primária em saúde é uma estratégia herdeira do movimento histórico da Reforma Sanitária. Ela se caracteriza, no país, como balizadora de todo um modelo assistencial, arraigado em preceitos como a universalidade do acesso e a integração das ações. Do ponto de vista conceitual, incorpora e expressa uma série de valores que definem o Sistema Único de Saúde (SUS), no qual foi nomeada como Atenção Básica à Saúde (ABS) ou simplesmente Atenção Básica (AB).

A criação do conceito de atenção primária em saúde remete ao Relatório Dawson, elaborado no Reino Unido, em 1920, com o objetivo de criar respostas alternativas ao modelo flexneriano americano de cunho curativo, individualizante e preponderantemente biomédico, mas também de organizar o modelo de atenção inglês, que sofria com os altos custos das intervenções associados a uma baixa resolutividade. O referido documento delineou o sistema de saúde em caráter regionalizado, tomando por base a saúde da população, definiu diferentes graus de complexidade - centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino - e descreveu as relações entre cada nível de atenção (GAMA; CAMPOS, 2009).

Entre os anos vinte e o fim dos anos setenta do século XX, ao redor do mundo, uma série de outros acontecimentos e conquistas sociais, direta ou indiretamente, constituíram-se em terra fértil para a germinação do reordenamento do cuidado em saúde. Resumidamente, pode ser mencionada a criação do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, em 1948, a

inauguração da categoria de médico generalista, embrionária da formulação do conceito de medicina de família e comunidade e o fortalecimento do conceito de saúde materno-infantil (MENDES, 2015).

Cabe mencionar, ainda, uma série de outros eventos, sucedidos especialmente a partir da década de 1960, que apontavam para mudanças de paradigmas na sociedade, a exemplo dos movimentos sociais de defesa dos direitos das minorias, movimentos pacifistas e ecológicos, dentre outros. Esse cenário foi crucial para a criação de um clima cultural e político propício para a disseminação de conceitos como o de atenção primária em escala global, que veio a ser instituído como política do cuidado na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978 e, nessa ocasião, definido da seguinte forma:

[...] cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação e a um custo suportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF, 1979)

Na conferência de Alma-Ata uma diversidade de teorias e práticas oriundas das experiências de diversos países sobre o tema foram sistematizadas, consolidadas e transformadas em propostas que serviram de base à elaboração das políticas públicas. Além disso, foram definidos focos para a ação da atenção primária, que deveria se concentrar nas principais problemáticas da comunidade, por meio dos níveis preventivo, curativo, reabilitativo e de promoção da saúde; a sua articulação com demais níveis da assistência e seu caráter coletivo de intervenção, a ser construído por diversos profissionais da saúde (GAMA; CAMPOS, 2009).

Os resultados desta conferência foram propulsores do aprimoramento dos sistemas de saúde contemporâneos, trazendo contribuições que ocasionaram na geração de estratégias mais favoráveis e equitativas em saúde, em eficácia na assistência e maior satisfação dos usuários. Do ponto de vista conceitual, dela foram descendentes algumas das diretrizes basilares da atenção primária, ainda hoje vigentes, tais quais a educação em saúde; o programa materno-infantil, que abarca aspectos como a imunização e o planejamento familiar; a política de combate às endemias; o tratamento das enfermidades mais comuns; a provisão dos medicamentos essenciais; o incentivo à alimentação saudável; o saneamento básico; e a inclusão das práticas complementares de cuidado (MENDES, 2015).

No Brasil, desde os anos 1920 até a atualidade, várias são as tentativas de se organizar a atenção primária em saúde em regiões do país, iniciativas essas que envolvem determinados interesses e concepções (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016). No início do século XX, mais especificamente em 1924, foram concebidos centros de saúde que, embora mantivessem a cisão entre ações preventivas e curativas, organizavam-se em torno de bases populacionais e executavam estratégias de educação sanitária. Na década de 1940, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), que prestava cuidados curativos e preventivos, ainda que restritos à infectologia e às doenças de cunho carencial. Tais iniciativas iniciaram em territórios de relevância econômica, como os de extração da borracha, e foram ampliadas, nas décadas de 1950 e 1960, para outros locais do país, embora tenham sido limitadas em razão da expansão do modelo médico-privatista e das dificuldades de capilarização (MATTA; MOROSINI, 2009).

Já na década de 1970 é criado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (Piass) com a intenção de ofertar à população historicamente marginalizada de qualquer acesso à saúde intervenções médicas simplificadas. Essa política se caracterizava por ser focalizada e acabou por desvelar um baixo grau de resolutividade e capacidade insuficiente para dar conta das necessidades da população, que demandava por cuidados integrais (MATTA; MOROSINI, 2009).

No bojo do movimento da Reforma Sanitária Brasileira - que nasce no contexto da luta contra a ditadura militar, no início da década de 1970, e atravessa a década de 1980 - as concepções da atenção primária são incorporadas ao ideário de busca pela democratização do acesso à saúde no país. A reorientação do modelo assistencial é sugerida de maneira a romper com o modelo médico-privatista vigente até o início dos anos 1980. Tal período é marcado pela crise do modelo médico-previdenciário representado na centralidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e pelo surgimento das Ações Integradas de Saúde (AIS), que objetivavam unificar, descentralizar e tornar integral a política de cuidado em saúde. As AIS eram fruto de convênios entre estados e municípios, custeados pela previdência social (MENDES, 2015).

Como parte de um movimento fortemente atrelado ao ideário da Reforma Sanitária, as concepções reformistas que consideravam a importância da implementação de uma política de cuidados primários consolidada na ordenação do sistema ganharam adeptos entre os formuladores das políticas públicas. Principal vitória da Reforma, a concepção do SUS, aprovada na Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) e regulamentada na Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990), foi marcada pela presença do modelo atenção primária - reintitulado

Atenção Básica em Saúde (ABS) - como estruturante do sistema. Além de se constituir *porta de entrada*, à Atenção Básica passa a caber o gerenciamento dos encaminhamentos, o acompanhamento longitudinal dos usuários e a coordenação e integração do trabalho realizado nos demais níveis da atenção, outros equipamentos ou terceiros (GAMA; CAMPOS, 2009).

Outro aspecto relevante a ser considerado é a relação que se estabelece entre a concepção da Atenção Básica enquanto estratégia de cuidado e os princípios norteadores do SUS, dentre os quais figuram a universalidade, a descentralização, a integralidade e a participação popular, conforme expresso na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que define a ABS como:

[...] um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade, e participação social. (BRASIL, 2006)

A implementação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) representou, historicamente, a materialização da lógica da atenção primária no campo da saúde brasileira. No entanto, era perceptível que, inicialmente, as ações de saúde executadas nestes locais ainda revelavam um caráter médico-centrado, curativo e descontextualizado, além de cultivarem relações hierarquizadas com a população. Em 1994, o Ministério da Saúde adota o Programa de Saúde da Família (PSF) como iniciativa para a Atenção Básica. O PSF passou a ser denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF) em 2006, deixando de ser apenas um programa - ou seja, uma iniciativa na qual está implícito um tempo determinado - para se tornar estratégia contínua e basilar de organização do cuidado (DALPIAZ; STEDILE, 2011).

Nessa perspectiva, a saúde da família consolida-se, ainda hoje, como principal sustentadora do conceito de atenção primária no Brasil, aprofundando o processo de territorialização e as práticas sanitária das equipes de saúde, compostas sobretudo por médico generalista, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, que são

referências do cuidado para população, por serem ao mesmo tempo profissionais do campo e moradores do território. Nesse ensejo, a atenção primária marca seu lugar enquanto orientadora do modelo assistencial e principal porta de entrada do sistema, em uma perspectiva de saúde ampliada e integral, com equipes multiprofissionais responsáveis por um recorte populacional delimitado por regiões (MATTA; MOROSINI, 2009).

Ainda que consolidada em nosso país, a atenção primária em saúde enquanto estratégia de saúde é permeada por desafios persistentes. Eles dizem respeito especialmente a pontos como a articulação com os demais níveis da atenção, participação social, ampliação e ressignificação do conceito saúde-doença, interdisciplinaridade do cuidado e à constante necessidade de sustentar o princípio da integralidade (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007). São esses alguns dos desafios que habitam o cotidiano do trabalho vivo praticado nos serviços e também o campo das políticas públicas de saúde, campo esse sempre atravessado por constantes negociações de interesses que apontam, ao fim, para a sustentação ou ruptura de determinados projetos societários.

2.2 Saúde mental no Brasil: reforma psiquiátrica, desinstitucionalização e redes de cuidado

Tal qual ocorre na construção histórica da atenção primária em saúde, pode-se também vislumbrar o campo da saúde mental enquanto uma arena atravessada por decisões e movimentos que apontam para processos complexos de construção da realidade social. Segundo Amarante (2005), pensar políticas do cuidado em saúde mental é, primeiramente, concebê-las enquanto produtos de contextos socio-históricos datados e condicionados a determinados jogos de interesse, saberes, poderes, práticas e subjetividades que pautam as transformações da assistência psiquiátrica.

A política de oferta de cuidados em saúde mental vigente no Brasil e em outras tantas partes do globo é herdeira de um longo processo de reforma psiquiátrica, que tem como norte a superação do modelo histórico asilar e hospitalocêntrico de tratamento dos transtornos mentais, através de uma política de desinstitucionalização. Desinstitucionalizar, neste sentido, situa-se para além de desospitalizar, ou seja, extinguir as instituições hospitalares e manicomiais. Caracteriza-se, sobretudo, pelo processo de compreender tais instituições como organismos simbólicos, dinâmicos e corporificados em práticas e saberes que produzem dados modos de se conceber e se relacionar com o fenômeno da loucura (AMARANTE, 2005).

As contingências que contribuíram para a construção de um ideário de dignidade para o tratamento da loucura e para a consolidação da estratégia de desinstitucionalização apontam

para alguns acontecimentos históricos ocorridos ao redor do mundo, como: realidades de guerra e a necessidade de reabilitação dos soldados egressos delas; cenários de insuficiência de mão de obra atrelados à urgência por revalorização do trabalho humano; contextos de mudanças demográficas, especialmente associados ao crescimento da população idosa; democratização de determinados territórios; processos de luta por direitos civis e políticos; desenvolvimento de sistemas de bem-estar social; mudanças de paradigma no campo *psi*; insurgência de novas terapias farmacológicas a partir dos anos 50; políticas de humanização do cuidado médico etc. Todos estes foram acontecimentos que produziram ressonâncias na formação de um clima propício a mudanças (VASCONCELOS, 1992).

Internacionalmente, pode-se destacar ainda o cenário pós II Guerra Mundial e a eclosão de movimentos que buscaram ressignificar a Psiquiatria e produzir vias diferenciadas do modelo asilar. Na Inglaterra, destaca-se a criação das Comunidades Terapêuticas e o surgimento do movimento das psicoterapias de grupo; na França, o advento da psicoterapia institucional e da Psiquiatria de Setor; nos Estados Unidos, as psiquiatrias comunitária e preventiva; e, na Itália, um dos movimentos mais expressivos da reforma psiquiátrica, o Movimento de Desinstitucionalização, liderado por figuras como Franco Basaglia (KODA, 2002).

No Brasil, a trajetória da saúde mental abarca uma série de atores, instituições e cenários, num processo político e social complexo de transformações das práticas, saberes e valores relacionados ao tratamento dos problemas mentais (FURTADO; CAMPOS, 2005). Dentre eles, o mais relevante pode ser considerado o movimento da Reforma Psiquiátrica, datado do fim da década de 1970. Ele decorre da união de uma série de atores sociais - profissionais, gestores, usuários e seus familiares - que se organizaram a fim de discutir e sistematizar formas de cuidado alternativas ao hospital psiquiátrico e ao isolamento daqueles em sofrimento dos meios sociais. Naquele ensejo, a busca por saídas ao modelo biomédico, tutelar e restritivo dos direitos dos indivíduos, típico do então praticado, era condicionada à luta pela construção de um modelo insurgente. Tal modelo tinha como premissas o cuidado no próprio território de vida dos sujeitos e valores como integralidade, horizontalidade, intersetorialidade, práticas multiprofissionais, cuidados longitudinais e a contextualização das problemáticas de saúde (COSTA-ROSA, 2000).

Do ponto de vista estrutural, lutava-se pela criação de serviços de atenção diária organizados em uma rede de serviços substitutivos. O foco do cuidado deveria se situar em aspectos como a desinstitucionalização, a abordagem psicossocial e comunitária e no deslocamento do foco da doença para o sujeito, concebido em sua história, experiências de

vida, realidade, necessidades e desejos, bem como em sua relação com a família e a sociedade, a fim de resgatar seu protagonismo, autonomia e direitos (PUPO *et al.*, 2020).

O ano de 1978, mais especificamente, é considerado um marco histórico de tal movimento social e coincide com a criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), uma resposta organizada a uma série de violações tanto em termos do cuidado prestado aos usuários quanto dos direitos trabalhistas dos profissionais que atuavam nas instituições psiquiátricas. Formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros entidades de classe e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, o MTSM protagonizou a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia da rede privada de assistência e impulsionou a crítica ao chamado modelo do saber psiquiátrico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005b). Em seu exercício, esse movimento foi responsável por aglutinar informações, organizar encontros, reunir trabalhadores, associações de classe e entidades, além de conectar a pauta a setores mais amplos da sociedade (AMARANTE, 2005).

No seio dessa luta, inicia-se então um movimento de reivindicação pela redução e supressão de novos leitos psiquiátricos, associado ao pedido de aumento da estrutura de rede ambulatorial composta por equipes multiprofissionais. Já na década de 1980, novos objetivos estratégicos são incorporados, os quais tomam por base o movimento de Psiquiatria Democrática da Itália, de Basaglia. Nasce então o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA), que já não mais se debruça somente sobre o hospital psiquiátrico, mas também sobre as estruturas sociais que mantêm esse gênero de instituição, retroalimentadas por relações de exclusão e estigma. Das práticas e instituições, amplia-se o olhar para a noção de cidadania (GAMA; CAMPOS, 2009).

O processo por meio do qual o campo de lutas se amplia e extrapola os objetivos inicialmente esquadrihados, aponta para o que Amarante (1999) define como a articulação entre quatro campos de intervenção: o campo teórico-conceitual, que diz respeito à desconstrução e reconstrução dos conceitos básicos da psiquiatria; o campo técnico-assistencial, que tange à criação de serviços substitutivos ao modelo anterior; o campo jurídico-político, que se relaciona à demanda pela revisão da legislação civil, penal e sanitária; e, por fim, o campo sociocultural, de onde decorre a transformação do imaginário da loucura. Percebe-se a emergência desses campos nos avanços que se desenrolam na história da saúde mental, no Brasil e no mundo.

Até determinado ponto, a luta por mudanças nas políticas de saúde mental no país se deu vinculada à luta do movimento sanitário, o que se percebe na partilha de preceitos

comuns, hoje sabidamente estruturantes do que temos como o SUS. A década de 1980 é marcada enquanto o recorte histórico em que a tentativa de transformar as políticas em saúde e saúde mental começa a se tornar realidade. Em 1987, como desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizam-se dois eventos que marcam o movimento em prol da transformação da assistência psiquiátrica brasileira: a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, culminando no que se convencionou chamar de Reforma Psiquiátrica brasileira (OLIVEIRA, 2002).

É também na mesma década que começam a ser implantados, em diversas cidades do país, ambulatorios de saúde mental com a finalidade de atender demandas diversas. Todavia, o próprio movimento da reforma psiquiátrica coloca este modelo em crítica, em razão do seu caráter desterritorializado, sua estruturação em especialidades bem definidas e oferta de atendimento tradicional, de característica individualizante. Parte destes ambulatorios foi substituída pelos CAPS e o restante deles ainda continua operando, em menor escala, e tem como características as longas filas de espera para consultas e psicoterapia individual (GAMA; CAMPOS, 2009).

No início da década de 1990, acontece em Caracas a conferência regional para reestruturação da assistência psiquiátrica na América Latina. Dois objetivos norteiam o encontro: a superação do modelo do hospital psiquiátrico e a luta contra toda a forma de abuso e exclusão de que são vítimas as pessoas com transtornos mentais. Como resultado desse evento, a ideia de uma sociedade sem manicômios é fortalecida e diversas ressonâncias para esse campo de lutas são produzidas. Como exemplo, tem-se em 1991 a aprovação do Projeto de Lei nº 3.657, de autoria do deputado federal Paulo Delgado (PT – Minas Gerais), que dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios, sua substituição por novas modalidades de atendimento - tais como hospitais-dia, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) - e regulamentação das internações psiquiátricas compulsórias (OLIVEIRA, 2002).

Aos poucos, a partir dos anos 1990, os equipamentos substitutivos começam a ser implementados. São alguns deles os CAPS, as Residências Terapêuticas, os Centros de Convivência, Oficinas de Trabalho e enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais. Ao passo que esses serviços vão se avolumando, o direcionamento dos gastos em saúde mental vai se invertendo e o financiamento do hospital vai sendo direcionado para os equipamentos. No ano de 1997, 93,14% dos investimentos em saúde mental eram destinados ao pagamento de internações psiquiátricas. Dez anos após, 51,3% estavam sendo destinados ao financiamento dos equipamentos substitutivos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007b).

Após anos de tramitação no Congresso, a Lei Paulo Delgado é, enfim, aprovada enquanto Lei nº 10.216/01, grande marco da realização da Reforma Psiquiátrica como diretriz e política pública de saúde mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005b). A publicação desta lei representa a conquista e o desafio referentes, sobretudo, à reinserção social daqueles que atravessaram grande parte de suas vidas em instituições manicomiais. Por reinserção social se entende a busca por emancipação pessoal, social e cultural do sujeito. Esse objetivo se dará através de processos de inclusão que promovem uma cultura de aceitação das diferenças, para que haja, assim, a possibilidade de uma convivência igualitária em sociedade (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006).

Na primeira década dos anos 2000 foi possível assistir ao processo de consolidação e estruturação jurídico-legal da Reforma Psiquiátrica Brasileira, da Política Nacional de Saúde Mental e do modelo de atenção psicossocial (PUPO *et al.*, 2020). Além da Lei nº 10.216, vale elencar outras conquistas, como a Portaria nº 336 (BRASIL, 2002), que estabelece as modalidades dos serviços substitutivos de atenção ambulatorial e comunitária, os CAPS, organizados em porte, complexidade e abrangência populacional. Em 2003, o Programa De Volta para Casa (BRASIL, 2003) é criado com vistas à reinserção psicossocial de egressos de longas internações psiquiátricas, por meio de auxílio-reabilitação psicossocial para a atenção e o acompanhamento dessas pessoas em seu território. Em 2004, a Portaria nº 2.197 (BRASIL, 2004) criou, no âmbito do SUS, o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, ao qual foi incorporada a estratégia de Redução de Danos. Por fim, em 2011, a Portaria nº 3.088 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011) cria e organiza as Redes de Atenção Psicossocial (RAPS), com diversos serviços substitutivos articulados em rede.

A Lei da Reforma Psiquiátrica e seus desdobramentos trazem consigo a garantia jurídico-legal da desinstitucionalização como política do cuidado, desinstitucionalização essa que “não se restringe somente à reestruturação de novas técnicas de tratamentos nos serviços, mas é um processo complexo de repensar o problema, reconstruir saberes e práticas, a fim de estabelecer novas relações” (AMARANTE, 2009, p. 22). Essa lógica prevê a desmontagem da cultura de cuidados associada ao manicômio que rege a dinâmica dos serviços e das relações entre profissionais, usuários e familiares. Propõe, nesse ensejo, a melhoria das condições dos locais onde os usuários são atendidos, como ambulatórios, hospitais, serviços substitutivos ou CAPS (DIMENSTEIN, 2004).

Amarante (2003) constata, no entanto, que na implementação dos serviços substitutivos muitas vezes é possível constatar a redução das práticas a uma reorganização administrativa e tecnocrática de serviços. Os CAPS, nesse sentido, podem seguir

reproduzindo modelos voltados à centralidade da doença e práticas clínicas que, além de antiquadas, pouco servem aos propósitos de autonomia e empoderamento da realidade social pelos usuários. Ainda, pontua que a Reforma Psiquiátrica se tornou uma psiquiatria renovada, reproduzida no interior dos CAPS:

[...] um centro de atenção psicossocial não deveria ser apenas um serviço novo, mas um “serviço inovador”, isto é, espaço de produção de novas práticas sociais para lidar com a loucura, o sofrimento psíquico, a experiência diversa; para a construção de novos conceitos, de novas formas de vida, de invenção de vida e saúde; (AMARANTE, 2003, p. 61)

Fazer valer a Reforma Psiquiátrica no trabalho vivo não consiste em tarefa fácil. As mudanças ocorrem gradualmente, enquanto a sociedade se modifica e absorve outros modos de compreender a doença mental. A reabilitação psicossocial dos usuários egressos de longas internações psiquiátricas é considerada uma garantia sobretudo ética, que demanda políticas em saúde mental, mas também articulação com outras garantias de direitos. Desta forma, um conjunto de práticas intersetoriais - sejam elas de saúde, previdência, moradia, trabalho, escola, lazer, cultura, entre outros - podem viabilizar uma reforma substancial e, de fato, desinstitucionalizante (PITTA, 2001).

Do mesmo modo que é importante compreender que mudanças da assistência em saúde mental não são possíveis se circunscritas apenas ao campo das políticas públicas em saúde, também vale considerar que o caráter substitutivo da política de saúde mental não se dá apenas em serviços adstritos ao campo da saúde mental, como os CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), leitos psiquiátricos em hospitais gerais etc. Eis que surge a necessidade de também se pensar em ações alternativas, espaços de intervenção onde o transtorno mental não figure de maneira diferenciada de qualquer outro tipo de condição de saúde. Tal necessidade aponta para o campo da atenção primária como espaço de potências, hoje também consolidado do ponto de vista da legislação como local propício ao cuidado em saúde mental.

2.3 Pontos de encontro entre saúde mental e atenção primária em saúde

Entre os anos 1970 e 1980, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a magnitude das problemáticas de saúde mental e discute a impossibilidade do seu cuidado ficar a cargo exclusivamente da intervenção de especialistas. A partir disso, propõe a descentralização dos serviços existentes, a integração de serviços psiquiátricos em unidades de cuidados gerais, a formação de cuidadores não especialistas nas áreas de saúde mental e o

aumento da participação da comunidade no cuidado (ROSA, 2000). Esse compromisso vem a ser firmado em 1990, por meio da Declaração de Caracas, na qual é definida a reestruturação da atenção psiquiátrica na atenção primária em saúde, enquanto *locus* propiciador de modelos insurgentes de cuidado centrados na vida em comunidade e nas redes de vínculo social, em compatibilidade com os direitos humanos (GAZIGNATO; CASTRO E SILVA, 2014).

No Brasil, a criação dos serviços substitutivos em saúde mental, como os CAPS, e das demais estratégias de desinstitucionalização são conquistas que caracterizam um projeto para o cuidado daqueles egressos de tratamentos psiquiátricos longos e institucionalizados, projeto esse profundamente embasado na perspectiva da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Porém, no que tange a política de saúde mental, a importância da atenção primária como um âmbito do cuidado para o campo, é largamente reconhecida (PUPO *et al.*, 2020).

Os CAPS são serviços estratégicos para a promoção da desospitalização e a reinserção dos usuários no meio social. Porém, tais serviços e os outros equipamentos substitutivos ainda são insuficientes para cobrir a demanda por cuidados de saúde mental no país (GAZIGNATO; CASTRO E SILVA, 2014). Uma das ênfases dadas pela Reforma Psiquiátrica, ao reconhecer essa questão, aponta para a necessidade de contemplação da atenção primária na rede de cuidados em saúde mental. Parte-se da premissa, também, de que um grande número de problemas em saúde mental pode ser resolvido nesse âmbito, sem que haja a necessidade de reportá-los a níveis especializados do sistema (AMARANTE, 2003).

A reinvenção do modelo de assistência em saúde mental no Brasil embora tenha iniciado há décadas, possui desdobramentos ainda presentes que ressoam tanto na política de saúde da Atenção Básica quanto na de saúde mental. A criação da RAPS baliza a inclusão dos cuidados em saúde mental desde o nível primário até o especializado, o que inclui atenção às urgências e a implantação das estratégias de desinstitucionalização. Nesse ponto, as bases que estruturam a política da atenção primária se imbricam com os pressupostos que sustentam a política de saúde mental na perspectiva antimanicomial (ANGELINI; CACCIA-BAVA, 2015).

Algumas das potencialidades do encontro desses dois campos se dá pelo reconhecimento dos múltiplos fatores implicados no processo saúde-doença (ANGELINI; CACCIA-BAVA, 2015), pela inserção da atenção de nível primário no próprio território onde vive a população, garantindo assim a preservação dos laços comunitários e a proximidade de outros dispositivos da vida coletiva e social, pelo caráter longitudinal, integral, interdisciplinar e intersetorial do cuidado e pela melhor articulação com a atenção a doenças crônicas e outras condições de saúde (WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

Além disso, a articulação entre atenção primária e saúde mental tem sido fundamental para a facilitação do acesso dos usuários aos cuidados, através da escuta qualificada, do acolhimento e da possibilidade de identificação de necessidades de saúde mental no processo de cuidados básicos. Ainda há a possibilidade de promoção, prevenção e intervenção psicossocial do sofrimento psíquico não agravado; o desenvolvimento de ações de Redução de Danos para usuários de álcool e outras drogas; o cuidado longitudinal do sofrimento mental em pacientes graves juntamente com os CAPS e urgência/emergência, a fim de evitar internações; e o suporte para a diminuição da demanda por atendimento ambulatorial e individualizado em saúde mental (PUPO *et al.*, 2020).

Nunes, Jucá e Valentim (2007) destacam os aspectos de confluência entre objeto e meios de trabalho. Destacam que o modelo psicossocial propõe que sejam tomados por determinantes das doenças os fatores políticos, biopsíquicos e sócio-culturais, o que demanda intervenções que extrapolam a supremacia do escopo medicamentoso e dão lugar ao sujeito como figura central do tratamento, bem como sua família e, eventualmente, rede social ampliada. No que concerne a instituição, destacam a importância da intervenção interprofissional como forma de superar a lógica de linha de produção característica da equipe multiprofissional. Reiteram a necessidade de horizontalidade do organograma, de modo a primar pela participação popular e pela dimensão técnica, mas também, e sobretudo, ética. Quanto à relação com os usuários, colocam a imprescindibilidade de priorização do diálogo e escuta da população para a construção das práticas, comumente restritas ao que é definido pelos especialistas. Por último, destacam a ética do trabalho enquanto terapêutica que se coloca para além da remoção dos sintomas, valorizando o sujeito para além dos determinantes e estigmas.

Historicamente, a interface dos campos da saúde mental e atenção primária em saúde ganha terreno fértil na primeira década de 2000, onde é possível perceber movimentos preliminares do Ministério da Saúde para delinear articulação dos cuidados em saúde mental na assistência básica. Em 2001, a Coordenação de Saúde Mental dá início à oficina de trabalho denominada *Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica*. Em 2002, ocorre o *Seminário Internacional sobre Saúde Mental na Atenção Básica* e, em 2003, a *Oficina de Saúde Mental* no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) (GAMA; CAMPOS, 2009).

No ano de 2007, o Ministério da Saúde publica o documento *Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários – inclusão das ações de saúde mental na atenção*

básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a), que sugere o apoio matricial em saúde mental para as equipes do à época nomeado PSF, propondo capacitação em saúde mental e o acompanhamento e avaliação dessas ações da atenção básica, com a inclusão de ações de saúde mental em sistema de informação. Em 2005, os dados de saúde mental passam a compor os indicadores da atenção básica inseridos no Sistema de Informações da Atenção Básica (Siab) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005a). Em 2006, através da Portaria GM nº 1.097 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006) são incluídos parâmetros para a indicação de iniciativas de saúde mental na atenção básica nas diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (PPI). Já em 2008, a Portaria nº 154 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008) cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que aumentam a resolutividade de diversas demandas na atenção básica, dentre elas a de saúde mental.

São inegáveis os avanços e conquistas históricas para a saúde oriundos da conjuração entre os dois campos, bem como contínuos os debates em torno deste tema. Todavia, inúmeras são as críticas que apontam para a escassez de estudos e dados que deem conta de expressar a efetividade de sua implementação e a adequação entre o pretendido e o executado (DELFINI *et al.*, 2009; ANGELINI, CACCIA-BAVA, 2015; PUPO *et al.*, 2020; WENCESLAU, ORTEGA, 2015). Parte dos estudos sobre essa questão concluem que as diretrizes da política de saúde mental e o trabalho realizado no cotidiano dos serviços básicos são incompatíveis, além de que, a nível da gestão, a operacionalização desses processos tem encontrado obstáculos.

Por um lado, a implementação da política de saúde mental tem se confrontado com impasses no que diz respeito à operacionalização da rede e, especialmente, à capacidade de que as ações atinjam espaços mais amplos da sociedade. No que diz respeito à atenção primária, além de escassas as ações em saúde mental, as existentes esbarram na atuação dos profissionais, pouco capacitados e profundamente situados em uma visão médica e orgânica de saúde, o que culmina na dificuldade de conceber outros fatores - sociais, históricos, político e psicológicos - como produtores de saúde e doenças nas populações (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

A atenção primária em saúde, atuante enquanto como eixo balizador de todo o sistema de saúde, além de se constituir como *porta de entrada*, possui a incumbência de gerenciar encaminhamentos, coordenar e integrar as intervenções realizadas nos demais níveis da atenção, equipamentos e terceiros, bem como acompanhar a saúde dos usuários ao longo de toda uma vida. As políticas públicas de saúde mental, por sua vez, apontam para a

estruturação de um modelo de atenção também consolidado nas diretrizes e práticas do nível primário. Com relação à congregação de ambos, o processo se revela permeado por dúvidas.

Nesse estudo, busca-se sistematizar, a partir de um apanhado de publicações circunscritas ao Brasil, ao período de 2001 a 2022 e à base de dados Biblioteca Virtual de Saúde (BVS)², as produções existentes sobre o pretendido, que diz respeito às políticas públicas de saúde mental, e o praticado em saúde mental na atenção primária em saúde. Com a pesquisa, espera-se por dados que deem conta de traçar um panorama sobre as características das publicações do gênero e também por resultados que expressem que pontos de discussão e conceitos emergem da interface entre os dois campos.

² Refere-se à plataforma <https://bvsalud.org/>

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Identificar a produção científica existente na Biblioteca Virtual de Saúde quanto ao tema "o pretendido e o praticado em Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde", referente ao Brasil e publicada no período de 2001-2022.

3.2 Objetivos específicos

- a. Identificar a produção existente segundo ano de publicação, tipo de produção, periódico, instituição, autor, método e resultados encontrados;
- b. Identificar os resultados encontrados (praticado) com as políticas existentes (pretendido) para a área de saúde mental na Atenção Primária em Saúde, especialmente no que concerne à Lei da Reforma Psiquiátrica.

4 MÉTODO

4.1 Delineamento do estudo

A pesquisa se trata de uma revisão de escopo (*scoping review*) e foi desenvolvida com suporte nas recomendações do guia internacional *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR) (TRICCO *et al.*, 2018). A revisão de escopo é um método cuja utilização se mostra crescente a partir do ano de 2012, acompanhando o desenvolvimento da área de síntese de evidências em saúde, que desde a década de 1990 tem se apresentado como importante dispositivo para a tomada de decisões clínicas, programáticas e políticas (CORDEIRO; SOARES, 2019).

Para Cordeiro e Soares (2019) as revisões de escopo buscam: (I) examinar a amplitude e as características dos estudos e/ou elucidar conceitos que sustentam a área de estudo; (II) adiantar a viabilidade ou importância de realização de uma revisão sistemática, adiantando-se sobre a pergunta de revisão; (III) categorizar e elucidar achados que podem servir à pesquisa, práticas ou políticas; (IV) apontar possíveis lacunas na literatura; (V) identificar de que modo a pesquisa tem sido conduzida naquele campo. Em suma, a partir do uso desse método, o pesquisador pode explorar fatores como a temporalidade da produção científica (se recente, antiga ou amplamente abordada em um recorte temporal, por exemplo), se ela é vasta ou incipiente e as evidências que dela emergem. Contudo, vale frisar que esse gênero não se ocupa de classificar as melhores evidências, mas sim de apresentá-las e apontar como foram produzidas.

4.2 Estratégia de busca

Para sistematizar a produção científica existente na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS)³ no âmbito do tema *Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde*, referente ao Brasil, partiu-se da pergunta norteadora: “Quais são os resultados sobre o pretendido e o praticado em saúde mental na atenção primária em saúde?”.

A busca pelos estudos foi realizada no período de junho de 2022, no portal da BVS, nas bases de referências MEDLINE (Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde). O recorte temporal foi circunscrito ao ano de promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira, isto é, 2001, até o ano presente, 2022. Foram incluídos estudos completos, em

³ Refere-se, especificamente, à plataforma <https://bvsalud.org/>

língua portuguesa, inglesa e espanhola, utilizando os seguintes descritores para a realização da busca: *Saúde Mental e Atenção Primária em Saúde*.

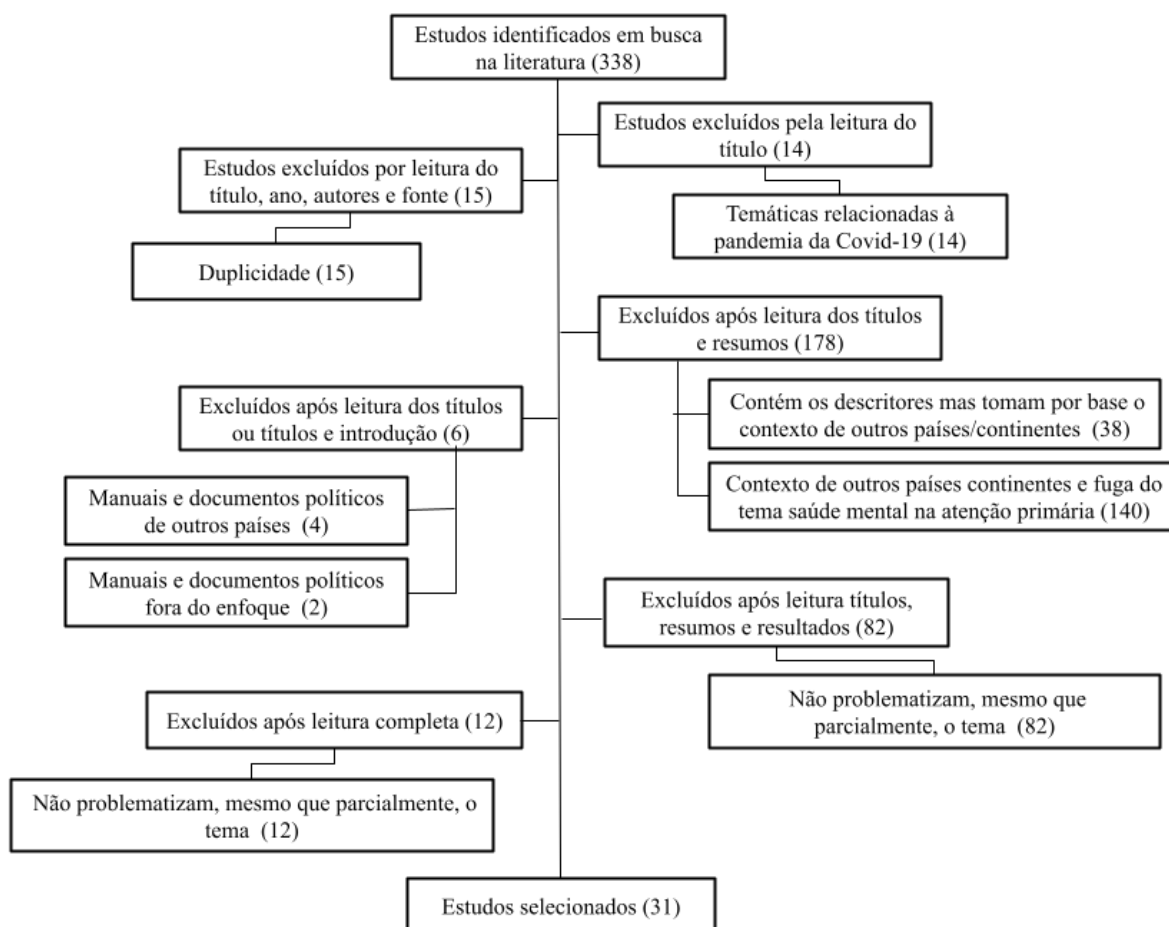
A sintaxe da estratégia de busca foi a seguinte: elaborou-se a estratégia de busca para ser utilizada no portal da BVS (<https://pesquisa.bvsalud.org/>) e foram acrescentadas as palavras-chave "Mental health" OR "Área de Saúde Mental" OR "Higiene Mental" AND "legislação" OR "legislación" OR "política" AND "Primary Health Care" OR "Atendimento Básico" OR "Atendimento Primário" OR "Atendimento Primário de Saúde" OR "Atenção Básica" OR "Atenção Básica à Saúde" OR "Atenção Básica de Saúde" OR "Atenção Primária" OR "Cuidado Primário de Saúde" OR "Cuidados de Saúde Primários" OR "Cuidados Primários" OR "Cuidados Primários à Saúde" OR "Cuidados Primários de Saúde" OR "Primeiro Nível de Assistência" OR "Primeiro Nível de Atendimento" OR "Primeiro Nível de Atenção" OR "Primeiro Nível de Atenção à Saúde" OR "Primeiro Nível de Cuidado" OR "Asistencia Primaria" OR "Asistencia Primaria de Salud" OR "Asistencia Sanitaria de Primer Nivel" OR "Atención Básica" OR "Atención Primaria" OR "Atención Sanitaria de Primer Nivel" OR "Primer Nivel de Asistencia Sanitaria" OR "Primer Nivel de Atención" OR "Primer Nivel de Atención de Salud" OR "Primer Nivel de Atención Sanitaria" OR "Primer Nivel de la Asistencia Sanitaria" AND (year_cluster:[2001 TO 2022]).

Foram obtidos 338 estudos, sendo 160 oriundos da base de referências MEDLINE e 178 da base de referências LILACS. Destes, 31 foram por fim selecionados por preencherem os critérios estabelecidos no objetivo geral da pesquisa. Foram excluídos os estudos que abordassem apenas os temas saúde mental ou atenção primária, sem problematizar saúde mental inserida no campo da atenção primária, ou seja, a relação entre ambos. O processo de seleção dos estudos desta revisão está apresentado no fluxograma (Figura 1) e a exclusão dos materiais corresponde aos seguintes critérios:

- a) 14 foram manualmente excluídos, após leitura dos títulos, por se tratarem de textos que, apesar de conterem os descritores, os abordam, especificamente, à luz do contexto da pandemia da Covid-19;
- b) 15 foram excluídos pelo critério de duplicidade, após leitura dos títulos e conferência de ano, autores e fonte de publicação;
- c) 38 foram excluídos após leitura de títulos e resumos, por conterem os descritores, porém tomando por base o contexto de outros países/continentes;
- d) 140 foram descartados, após leitura de títulos e resumos, por tomarem por base o contexto de outros países/continentes, além de fugirem do enfoque saúde mental na atenção primária em saúde;

- e) Seis foram descartados por se tratarem de fontes como manuais, planos e materiais de orientação técnica, após leitura de títulos ou títulos e introdução. São quatro deles materiais que abordam o contexto de outros países e dois deles materiais que tratam do contexto brasileiro, porém fogem do enfoque estabelecido para a pesquisa, ou seja, saúde mental da atenção primária em saúde;
- f) 82 foram excluídos por não problematizar, mesmo que parcialmente, o tema saúde mental na atenção primária em saúde, após leitura de título, resumo e resultados;
- g) Por fim, 12 estudos foram excluídos, após leitura completa, por não problematizar, mesmo que parcialmente, o tema saúde mental na atenção primária em saúde.

Figura 1 - Fluxograma de apresentação da seleção dos estudos que compõem a pesquisa



Fonte: produção da autora

5 RESULTADOS

Os 31 estudos incluídos na revisão foram publicados no período de 2007 a 2021 (Tabela 5.1). Dentre a totalidade de publicações, 22 são artigos científicos (71%), cinco são teses de doutorado (16%) e quatro são dissertações de mestrado (13%). Já no que diz respeito aos periódicos/instituições, três estudos foram publicados na revista *Ciência & Saúde Coletiva*, três pela instituição Universidade de São Paulo (USP) - Faculdade de Saúde Pública, dois pela *Physis Revista de Saúde Coletiva*, dois pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública e Escola de Enfermagem - e outros dois pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP). Os demais estudos foram publicados cada um em outros 19 periódicos ou instituições (Tabela 5.1).

No que diz respeito à autoria dos estudos, identifica-se que nas 31 publicações há um número de 79 autores no total (Apêndice A). Destes, a maioria, que corresponde a 65 nomes, aparecem em um estudo cada, enquanto que sete nomes se repetem em duas publicações cada, sendo eles: Alice Hirdes (HIRDES; SILVA, 2017; HIRDES; SCARPARO, 2015), Ruben Artur Lemke (LEMKE; SILVA, 2013; LEMKE; SILVA, 2011), Francisca Bezerra de Oliveira (OLIVEIRA *et al.*, 2011a; OLIVEIRA *et al.*, 2011b), Jacó Fernando Schneider (OLIVEIRA *et al.*, 2020; MACHINESKI *et al.*, 2009), Rosane Azevedo Neves da Silva (LEMKE; SILVA, 2013; LEMKE; SILVA, 2011) e Ana Maria Cortez Vannucchi (VANNUCCHI; CARNEIRO JÚNIOR, 2012; VANNUCCHI, 2011). A distribuição da produção por sexo aponta para um número de 56 nomes de autoras mulheres (70,9%) e 23 nomes de autores homens (29,1%).

O método utilizado nas publicações é predominantemente qualitativo. Descrevem-se como qualitativos 26 estudos (83,9%), enquanto que dois estudos são definidos como quantitativos (6,5%), outros dois como quali-quantitativos (6,5%) e um como avaliativo (3,1%).

Quadro 5.1 – Autores (ano), periódico/instituição, título, método e tipo de produção

	Autoria (ano)	Periódico/instituição	Título	Método	Tipo
1	SOUZA et al. (2007)	Revista Brasileira de Enfermagem	A saúde mental no Programa de Saúde da Família	Quantitativo	Artigo
2	MACHINESKI et al. (2009)	Online Brazilian Journal of Nursing	A percepção dos usuários em relação às práticas de saúde: uma análise literária	Qualitativo	Artigo

	Autoria (ano)	Periódico/instituição	Título	Método	Tipo
3	FIGUEIREDO; CAMPOS (2009)	Ciência & Saúde Coletiva	Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?	Qualitativo	Artigo
4	SILVEIRA (2009)	UFMG - Escola de Enfermagem	A saúde mental na atenção básica: um diálogo necessário	Qualitativo	Tese
5	MORAIS (2010)	USP- Faculdade de Saúde Pública	Saúde mental na atenção básica: o desafio da implementação do apoio matricial	Qualitativo	Tese
6	ALMEIDA (2010)	USP- Faculdade de Saúde Pública	Acolhimento e tratamento de portadores de esquizofrenia na Atenção Básica: a visão dos gestores, terapeutas, familiares e pacientes	Quali- quantitativo	Tese
7	NEVES FILHO (2010)	USP - Faculdade de Saúde Pública	Saúde mental, atenção primária e a estratégia Saúde da Família: a implantação de unidades básicas de apoio em saúde mental na região sul do município de São Paulo - um estudo de caso	Qualitativo	Dissertação
8	CORREIA et al. (2011)	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família	Qualitativo	Artigo
9	OLIVEIRA et al. (2011a)	Revista Brasileira em Promoção da Saúde	(Re)Construindo cenários de atuação em saúde mental na Estratégia Saúde da Família	Qualitativo	Artigo
10	OLIVEIRA et al. (2011b)	Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste	O trabalho de enfermagem em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família	Qualitativo	Artigo
11	VANNUCCHI (2011)	Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo	Modalidades technoassistenciais e atuação do médico psiquiatra no campo da Atenção Primária à Saúde, no contexto atual do Sistema Único de Saúde (SUS)	Qualitativo	Dissertação
12	LEMKE; SILVA, (2011)	Physis Revista de Saúde Coletiva	Um estudo sobre a itinerância como estratégia de cuidado no contexto das políticas públicas de saúde no Brasil	Qualitativo	Artigo
13	PAULA et al. (2012)	Revista Brasileira de Psiquiatria	How to improve the mental health care of children and adolescents in Brazil: actions needed in the public sector	Qualitativo	Artigo
14	RODRIGUES; MOREIRA (2012)	Saúde e Sociedade	A interlocução da saúde mental com atenção básica no município de Vitória/ES	Qualitativo	Artigo

	Autoria (ano)	Periódico/instituição	Título	Método	Tipo
15	VANNUCCHI; CARNEIRO JÚNIOR (2012)	Physis Revista de Saúde Coletiva	Modelos tecnoassistenciais e atuação do psiquiatra no campo da atenção primária à saúde no contexto atual do Sistema Único de Saúde, Brasil	Qualitativo	Artigo
16	SOUZA (2012)	ENSP	Estratégias de inclusão da saúde mental na atenção básica no Rio de Janeiro: um movimento das marés	Qualitativo	Tese
17	SCHMIDT (2013)	Cadernos de Psicologia Social do Trabalho	Atenção básica e saúde mental: experiência e práticas do Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa	Qualitativo	Artigo
18	LEMKE; SILVA (2013)	Psicologia & Sociedade	Itinerários de construção de uma lógica territorial do cuidado	Qualitativo	Artigo
19	GOMES (2013)	ENSP	O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a integralidade na atenção básica em saúde mental em um Município da região serrana do Rio de Janeiro	Qualitativo	Dissertação
20	WENCESLAU; ORTEGA (2015)	Interface Comunicação Saúde Educação	Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro	Qualitativo	Artigo
21	ANGELINI; CACCIA-BAVA (2015)	Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade	"A gente sente que precisa e pode...": os desafios para a inclusão da saúde mental na Atenção Básica	Qualitativo	Artigo
22	HIRDES; SCARPARO (2015)	Ciência & Saúde Coletiva	O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde	Qualitativo	Artigo
23	HIRDES; SILVA (2017)	Estudos de Psicologia	Matrix support in mental health in Primary Health Care: Barriers and facilitating factors	Qualitativo	Artigo
24	GARCIA et al. (2017)	Saúde e Pesquisa	Apoio matricial na atenção à saúde mental em uma regional de saúde, Paraná, Brasil	Qualitativo	Artigo
25	SANTOS; NÓBREGA (2017)	Revista Baiana de Enfermagem	Saúde mental na atenção básica: anais do congresso brasileiro de enfermagem	Qualitativo	Artigo
26	YAMAGUTI (2018)	Instituto de Saúde, Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo	Grupos de reflexão sobre a produção do cuidado: uma estratégia de aproximação entre saúde mental e Atenção Básica no município de Itapevi - SP	Qualitativo	Dissertação
27	MILIAUSKAS et al. (2019)	Ciência & Saúde Coletiva	Associação entre Internações psiquiátricas, cobertura de CAPS e atenção básica em regiões metropolitanas do RJ e SP, Brasil	Quantitativo	Artigo

	Autoria (ano)	Periódico/instituição	Título	Método	Tipo
28	OLIVEIRA et al. (2020)	Revista Gaúcha de Enfermagem	Matrix support in mental health in primary care: the vision of supporters and nurses	Qualitativo	Artigo
29	LIMA (2021)	UFMG - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública	Contribuição da estruturação da Atenção Primária à Saúde segundo seus atributos essenciais para a qualidade da Assistência em Saúde Mental: um estudo a partir do PMAQ-AB	Avaliativo	Tese
30	SANTOS (2021)	Revista de APS	Acolhimento aos pacientes com necessidades de saúde mental na perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Iguatu-CE	Qualitativo	Artigo
31	SANINE; SILVA (2021)	Cadernos de Saúde Pública	Saúde mental e a qualidade organizacional dos serviços de atenção primária no Brasil	Quanti-qualitativo	Artigo

Fonte: produção da autora

No que diz respeito aos resultados apresentados pelos estudos (Apêndice B), foram destacados aqueles que serviram ao objetivo de analisar o praticado e sua relação com o pretendido nas políticas existentes para a área de saúde mental na atenção primária em saúde, especialmente no que concerne à Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Após o levantamento, os resultados foram agrupados nas seguintes categorias de análise, baseadas nos temas mais abordados: 1. Matriciamento; 2. Formação, capacitação e atualizações; 3. Reforma Psiquiátrica; 4. Princípios e diretrizes do SUS; 5. Humanização do cuidado, acolhimento e vínculo; 6. Paradigma biomédico do cuidado; 7. Clínica ampliada; 8. Casos leves e graves; 9. Burocratização; 10. Agentes do cuidado territorial e 11. Gestão (Tabela 5.2).

Quadro 5.2 – Síntese de resultados

Categorias	Resultados comuns aos diferentes estudos
1. Matriciamento	1.1. Parte dos estudos destaca o matriciamento como prática essencial à promoção da interface saúde mental e atenção primária em saúde (VANNUCCHI; CARNEIRO JÚNIOR, 2012; MOREIRA, 2012; LEMKE; SILVA, 2013; GOMES, 2013; RODRIGUES; SANINE; SILVA, 2021).

Categorias	Resultados comuns aos diferentes estudos
	<p>1.2. O matriciamento é percebido como fortalecedor da corresponsabilização no trabalho em equipe, promotor da transdisciplinaridade e da integralidade do cuidado (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009; MORAIS, 2010; SOUZA, 2012; SCHMIDT, 2013; GOMES, 2013; HIRDES; SCARPARO, 2015; GARCIA et al., 2017).</p> <p>1.3. Destaca-se a concepção de que o matriciamento contribui para a ruptura da lógica centrada na doença e, conseqüentemente, para a focalização nos sujeitos, famílias e redes de relações (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009; NEVES FILHO, 2010).</p> <p>1.4. É percebida a resistência de profissionais e equipes em participar do matriciamento, por entendê-lo como especialidade de poucos profissionais e por avaliarem que o cuidado deve se centrar nos atendimentos individuais (MORAIS, 2010; VANNUCCHI, 2011; GOMES, 2013).</p> <p>1.5. São limites para a implantação do matriciamento: resistências da gestão e instituições, mudanças de governo, subfinanciamento governamental e rotatividade de profissionais (HIRDES; SILVA, 2017; LIMA, 2021).</p> <p>1.6. Há realidades em que o apoio matricial ocorre com a participação apenas dos especialistas em saúde mental, a partir de uma lógica biomédica (RODRIGUES; MOREIRA, 2012; SCHMIDT, 2013; OLIVEIRA <i>et al.</i>, 2020).</p>
2. Formação, capacitação e atualizações	<p>2.1. A escassez de formação, treinamentos e/ou atualizações em saúde mental para os profissionais figura nos estudos como um dos principais empecilhos à inserção da saúde mental no campo da atenção primária em saúde (SOUZA <i>et al.</i>, 2007; SILVEIRA, 2009; MORAIS, 2010; NEVES FILHO, 2010; RODRIGUES; MOREIRA, 2012; SOUZA, 2012; SCHMIDT, 2013; LIMA, 2021).</p> <p>2.2. A falta de formação e capacitação dos profissionais para o tema saúde mental impede o seguimento das diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira (SOUZA <i>et al.</i>, 2007; OLIVEIRA <i>et al.</i>, 2011; LIMA, 2021).</p> <p>2.3. A falta de capacitação dos profissionais promove práticas centradas nos núcleos de especialidades e na medicalização (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009; SILVEIRA, 2009; MORAIS, 2010; RODRIGUES; MOREIRA, 2012; SANTOS, 2021).</p> <p>2.4. A falta de formação em saúde mental dos profissionais os incapacita para a escuta, acolhimento e orientação aos usuários (MORAIS, 2010; CORREIA <i>et al.</i>, 2011; OLIVEIRA, <i>et al.</i> 2020).</p>
3. Reforma Psiquiátrica e antimanicomial	<p>3.1. As práticas de saúde mental na atenção primária em saúde ainda carecem de compatibilidade com a Reforma Psiquiátrica Brasileira (SOUZA et al., 2007; OLIVEIRA <i>et al.</i>, 2011; RODRIGUES; MOREIRA, 2012; SOUZA, 2012; LIMA, 2021; SANINE; SILVA, 2021).</p> <p>3.2. Os Projetos Terapêuticos Singulares, prática herdeira da Reforma Psiquiátrica Brasileira, vêm sendo incorporados às práticas da atenção primária (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009).</p> <p>3.3. Serviços substitutivos, como os de atenção primária em saúde, foram determinantes para a ruptura com a lógica manicomial e para a redução das internações psiquiátricas (SILVEIRA, 2009; MILIAUSKAS <i>et al.</i>, 2019).</p> <p>3.4. A Reforma Psiquiátrica Brasileira é presente na atenção primária (SILVEIRA, 2009; SOUZA, 2012; GOMES, 2013) e gera resolutividade nos tratamentos e ruptura dos estigmas no trato aos doentes e à doença mental (ALMEIDA, 2010; SOUZA, 2012).</p>

Categorias	Resultados comuns aos diferentes estudos
	3.5. A ausência de capacitação dos profissionais gera dificuldades de implementação dos preceitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira na atenção primária (SOUZA <i>et al.</i> ; OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2011; RODRIGUES; MOREIRA, 2012).
4. Princípios e diretrizes do SUS	<p>4.1. Integralidade: esta é uma das diretrizes que emerge dos estudos e é concebida como um dos desafios centrais para o funcionamento da saúde mental na atenção primária em saúde (MACHINESKI <i>et al.</i>, 2009; NEVES FILHO, 2010; SOUZA, 2012). A integralidade entre as ações de atenção primária e os demais níveis de atenção é considerada por alguns dos estudos precária (SILVEIRA, 2009; NEVES FILHO, 2010; OLIVEIRA <i>et al.</i>, 2011; RODRIGUES; MOREIRA, 2012). Lima (2021) indica as mudanças na política da saúde mental e o subfinanciamento da atenção primária como alguns dos impasses à integralidade da assistência. Sanine e Silva (2021), por sua vez, destacam a existência de atuação integrada entre atenção primária em saúde e a rede psicossocial, que é potencializada pela estruturação de espaços intersetoriais e uma dinâmica de matriciamento importante entre CAPS, NASF-AB e APS. Por fim, Neves Filho (2010) aponta para a ausência de ações de prevenção e promoção da saúde mental no cotidiano das unidades de saúde.</p> <p>4.2. Resolutividade: outra diretriz tomada como importante articulador da relação entre atenção primária e saúde mental (MACHINESKI <i>et al.</i>, 2009; ALMEIDA, 2010). É considerada baixa e se expressa no fato comum de os usuários se deslocarem a outros serviços em busca da satisfação de necessidades em saúde mental não contempladas na atenção primária em saúde (MACHINESKI <i>et al.</i>, 2009; SILVEIRA, 2009). Já quando há aumento da resolutividade, este é associado à clínica ampliada e ruptura com paradigma biomédico (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009).</p> <p>4.3. Participação: a participação dos usuários nos serviços e políticas para a área é considerada incipiente, embora importante (MACHINESKI <i>et al.</i>, 2009).</p> <p>4.4. Autonomia: assim como a convivência e a cidadania, é um princípio que circula entre as equipes e é considerado caro a elas (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009; SOUZA, 2012), embora as equipes nem sempre compreendam a importância desta e de outras diretrizes como objetivos da atuação em saúde mental (VANNUCCHI, 2011).</p> <p>4.5. Igualdade: as desigualdades do acesso se expressam no fato de um número importante de serviços de atenção primária não realizarem atividades voltadas para pessoas em sofrimento relacionado à saúde mental (SOUZA, <i>et al.</i>, 2007; LIMA, 2021; OLIVEIRA <i>et al.</i>, 2011) e também por fatores como estigma e preconceito à pessoa com transtorno mental, que reverbera na sociedade e nas equipes dos serviços básicos de saúde (OLIVEIRA <i>et al.</i>, 2011; SOUZA, 2012; ANGELINI; CACCIA-BAVA, 2015). Todavia, vale destacar que a Reforma Psiquiátrica é relacionada à ruptura com posturas estigmatizantes no trato com os doentes e à doença mental (ALMEIDA, 2010) e que a inserção de práticas de cuidado em saúde mental em serviços de saúde geral é considerada estratégia vantajosa por se associar a níveis mais baixos de preconceito e estigma (PAULA <i>et al.</i>, 2012).</p> <p>4.6. Organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos: Wenceslau e Ortega (2015) destacam que os limites de competência entre a atenção básica e os CAPS podem ser pouco claros. Emerge, assim, uma dupla porta de entrada no sistema para a saúde mental. Machineski <i>et al.</i> (2009) destacam que usuários da UBS se deslocam a outros serviços em busca da satisfação de necessidades em saúde mental não contempladas na atenção primária em saúde.</p>

Categorias	Resultados comuns aos diferentes estudos
	4.7. Territorialidade: a territorialidade do cuidado é considerada determinante para atingir os objetivos da Reforma Psiquiátrica (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009; ALMEIDA, 2010; LEMKE; SILVA, 2011. RODRIGUES; MOREIRA, 2012; SOUZA, 2012; ANGELINI; CACCIA-BAVA, 2015). Alguns desafios relacionados à territorialidade são: a) a reprodução das práticas de controle quando a territorialidade serve apenas para a busca ativa aos usuários (LEMKE; SILVA, 2011); b) A insuficiência e o subfinanciamento da rede territorial (SOUZA, 2012; OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2020); c) Dificuldades quanto à discussão sobre a promoção das ações de saúde junto ao território (GOMES, 2013); d) Dificuldades dos profissionais em lidar com os transtornos mentais no território (HIRDES; SILVA, 2017).
5. Humanização do cuidado, acolhimento e vínculo	<p>5.1. A escuta, o vínculo e o respeito à singularidade por parte das equipes são considerados fatores favoráveis à implementação de ações de saúde mental na atenção primária (SILVEIRA, 2009; ALMEIDA, 2010; NEVES FILHO, 2010; OLIVEIRA <i>et al.</i>, 2011; PAULA <i>et al.</i>, 2012).</p> <p>5.2. Baixa permeabilidade e/ou sensação de despreparo das equipes quanto às ações de escuta e acolhimento (NEVES FILHO, 2010; CORREIA <i>et al.</i>, 2011; ANGELINI; CACCIA-BAVA, 2015; YAMAGUTI, 2018; OLIVEIRA <i>et al.</i>, 2020).</p> <p>5.3. Correia <i>et al.</i> (2011) destacam as internações domiciliares como alternativa de cuidado mais humanizado em detrimento das internações em hospital geral indiscriminadas. Oliveira <i>et al.</i> (2011), por sua vez, problematizam a crença arraigada por parte de familiares de pessoas com transtorno mental e profissionais de que a internação psiquiátrica é a principal via de cuidado em saúde mental.</p>
6. Paradigma biomédico do cuidado	<p>6.1. Prepondera o paradigma biomédico e centrado na doença nas práticas de saúde mental na atenção primária em detrimento de práticas de clínica ampliada (MORAIS, 2010; NEVES FILHO, 2010; CORREIA <i>et al.</i>, 2011; OLIVEIRA <i>et al.</i>, 2011; RODRIGUES; MOREIRA, 2012; SOUZA, 2012; GOMES, 2013; ANGELINI; CACCIA-BAVA, 2015).</p> <p>6.2. Preponderam os núcleos especializados de saberes e os profissionais especialistas nas práticas de saúde mental na atenção primária em saúde em detrimento da lógica de saúde coletiva (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009; SILVEIRA, 2009; MORAIS, 2010; VANNUCCHI, 2011; RODRIGUES; MOREIRA, 2012; HIRDES; SILVA, 2017; YAMAGUTI, 2018).</p> <p>6.3. Há realidades em que ora predominam as práticas especializadas e ora se evidenciam as práticas de saúde coletiva e de corresponsabilidade das equipes pelos casos (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009; RODRIGUES; MOREIRA, 2012).</p> <p>6.4. Preponderam dos atendimentos individuais, alguns de longa duração, no trabalho em saúde mental na atenção primária (NEVES FILHO, 2010; MORAIS, 2010; VANNUCCHI, 2011; RODRIGUES; MOREIRA, 2012; GOMES, 2013).</p> <p>6.5. A cultura da medicalização perpassa a saúde mental na atenção primária em saúde (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009; MORAIS, 2010; CORREIA <i>et al.</i>, 2011; OLIVEIRA <i>et al.</i>, 2011; RODRIGUES; MOREIRA, 2012; SANINE,; SILVA, 2021).</p> <p>6.6. Há dificuldade e resistência entre as equipes quanto à implementação de outras tecnologias do cuidado, que não as medicamentosas ou individuais (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009; VANNUCCHI, 2011; GOMES, 2013; ANGELINI; CACCIA-BAVA, 2015; SANTOS, 2021).</p> <p>6.7. Há práticas supostamente baseadas nos preceitos da clínica ampliada que acabam por reproduzir características da perspectiva médico-centrada (SCHMIDT, 2013; CORREIA <i>et al.</i>, 2011).</p>

Categorias	Resultados comuns aos diferentes estudos
	6.8. A presença de profissionais com formação em medicina de família e comunidade e saúde da família é um diferencial na qualidade dos serviços de saúde mental, porém este tema recebe pouca atenção nas publicações nacionais (WENCESLAU; ORTEGA, 2015).
7. Clínica ampliada	7.1. São presentes na atenção primária práticas de clínica ampliada, como Projetos Terapêuticos Singulares, atendimentos compartilhados, visitas e acompanhamentos domiciliares conjuntos, grupos, atividades no território, ações culturais e esportivas e comunicação com a rede de serviços (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009; SOUZA, 2012; RODRIGUES; MOREIRA, 2012; GOMES, 2013; ANGELINI; CACCIA-BAVA, 2015; HIRDES; SILVA, 2017).
	7.2. A resolutividade do cuidado aumenta quando há práticas de saúde mental para além do paradigma biomédico (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009). Porém, tais estratégias ficam subsumidas diante da grande demanda pelos atendimentos tradicionais nas unidades (ANGELINI; CACCIA-BAVA, 2015).
	7.3. Se faz um desafio ampliar o conceito de saúde e doença mental e de promover compreensão por parte dos serviços de saúde e profissionais a respeito do papel da atenção básica dentro da assistência em saúde mental (GARCIA <i>et al.</i> , 2017).
8. Casos leves e graves	8.1. Casos de saúde mental considerados leves são mais comumente tratados na atenção primária, enquanto que os graves são encaminhados aos CAPS (MORAIS, 2010; PAULA <i>et al.</i> , 2012; SCHMIDT, 2013; YAMAGUTI, 2018).
	8.2. O vínculo, a clínica ampliada e o território (proximidade serviço-domicílio do paciente) são pontos positivos mencionados para o tratamento de pacientes mentais graves na Atenção Básica (ALMEIDA, 2010).
9. Burocratização	9.1. A burocratização do trabalho é percebida como custosa em termos de tempo e como um impasse para a realização de práticas da saúde mental na atenção primária (NEVES FILHO, 2010; VANNUCCHI, 2011; SOUZA, 2012).
10. Agentes do cuidado territorial	10.1. A prática dos Agentes Comunitário de Saúde é destacada como importante promotora da relação entre saúde mental na atenção primária em saúde (OLIVEIRA, <i>et al.</i> , 2011; SCHMIDT, 2013; SANINE; SILVA, 2021; ANGELINI; CACCIA-BAVA, 2015). Lemke e Silva (2013) mencionam, neste mesmo sentido, as práticas dos Acompanhantes Terapêuticos e dos Redutores de Danos.
11. Gestão	12.1. Alguns estudos apontam a gestão dos serviços de atenção primária como limitadora da adesão a algumas estratégias e tecnologias do cuidado compatíveis com o que indica a Reforma Psiquiátrica (CORREIA <i>et al.</i> , 2011; SOUZA, 2012; HIRDES; SCARPARO, 2015; HIRDES; SILVA, 2017).

Fonte: produção da autora

6 DISCUSSÃO

O presente estudo mapeou e identificou a produção científica existente na Biblioteca Virtual de Saúde quanto ao tema "o pretendido e o praticado em Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde", referente ao Brasil e circunscrita ao recorte temporal de 2001, ano de promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001), até o ano presente, 2022. Nesse processo, classificou os estudos existentes segundo ano de publicação, tipo de produção, periódico, instituição, autor e método. Também levantou resultados acerca do praticado em saúde mental na atenção primária, relacionando-o com as políticas existentes, ou seja, com o que é pretendido, especialmente no que concerne à referida Lei, mas também a outras políticas de saúde mental.

Cabe frisar, desde já, que de acordo com o que preconiza a metodologia de revisão de escopo utilizada, esse gênero de pesquisa não se ocupa de classificar criticamente as evidências, mas sim de apresentá-las e apontar sob que formatos foram produzidas (CORDEIRO; SOARES, 2019). Os estudos incluídos, portanto, não foram submetidos à avaliação dos melhores resultados ou de outros vieses críticos que escapam ao tema e ao conteúdo levantado nos resultados.

No que tange à tipificação quanto ao período, temos que os primeiros anos após a promulgação da Lei nº 10.216 (BRASIL, 2001), mais especificamente de 2001 a 2006, são marcados pela ausência de estudos acerca do tema saúde mental na atenção primária em saúde. Nos anos subsequentes, os estudos estão distribuídos de maneira equilibrada. Quanto à natureza dos estudos, identifica-se larga vantagem das publicações do tipo artigo científico, que correspondem a 71% dos estudos, em detrimento das teses e dissertações, que correspondem a 16% e 13%, respectivamente. Já no que diz respeito aos periódicos/instituições, pode-se considerar que não há concentração significativa de estudos sobre o tema em determinada plataforma. As revistas e instituições que mais publicaram no recorte temporal contam com três publicações cada, o que corresponde a uma concentração máxima de 9,6% de publicações por plataforma.

A autoria dos estudos também conta com distribuição homogênea, não havendo autores que tenham publicado nesse período mais do que dois estudos cada, o que corresponde a um recorte de 6,5% por autor, nessas condições. Pode-se assim inferir que não há autores que tenham maior destaque em publicações para a área nessa faixa temporal. A revisão categorizou, ainda, a distribuição da produção dos autores por sexo, o que apontou

para um número significativamente elevado de mulheres que produziram acerca do tema (70,9%) em detrimento de homens (29,1%).

Os estudos que abordaram a temática utilizaram em sua larga maioria o método qualitativo (83,9%). Estudos quantitativos e quanti-qualitativos corresponderam a uma parcela de 6,5% cada e os avaliativos a um número de 3,1%.

No que diz respeito aos resultados das publicações, apesar de os materiais selecionados estarem limitados ao tema saúde mental na atenção primária em saúde, descritores estes utilizados na busca, foi possível extrair dos achados uma série de temas transversais caros ao estudo, especialmente no que concerne à Reforma Psiquiátrica e conceitos a ela ligados, como os de clínica ampliada e desinstitucionalização (SOUZA *et al.*, 2007; FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009; SILVEIRA, 2009; OLIVEIRA *et al.*, 2011; RODRIGUES; MOREIRA, 2012; SOUZA, 2012; GOMES, 2013; MILIAUSKAS *et al.*, 2019; LIMA, 2021; SANINE; SILVA, 2021). Pode-se hipotetizar, dessa forma, que a Lei correspondente à Reforma Psiquiátrica Brasileira produziu impacto na produção científica do campo da saúde mental. Como o recorte temporal da pesquisa é posicionado a partir do ano de promulgação da Lei, não há elementos que possam, no entanto, avaliar o impacto do tema comparativamente ao período pré-legislação.

A metodologia da revisão de escopo permite a exploração de uma diversidade de conceitos e um olhar analítico, embora não crítico, sobre a prevalência destes. Pode-se assim afirmar que os dados de pesquisa encontrados não se circunscrevem à relação entre os conceitos saúde mental-atenção primária, puramente. As relações conceituais são amplas e incluem, no caso deste estudo, a identificação de uma série de atravessadores que, pela expressiva menção nos estudos, foram subdivididos nas seguintes categorias: 1. Matriciamento; 2. Formação, capacitação e atualizações; 3. Reforma Psiquiátrica; 4. Princípios e diretrizes do SUS; 5. Humanização do cuidado, acolhimento e vínculo; 6. Paradigma biomédico do cuidado; 7. Clínica ampliada; 8. Casos leves e graves; 9. Burocratização; 10. Agentes do cuidado territorial e, por fim, 11. Gestão.

A temática do matriciamento (ou apoio matricial) foi categorizada por ser amplamente discutida nos estudos que compõem a pesquisa. No Brasil, a elaboração de um conceito de matriciamento em saúde mental é concomitante às discussões preliminares sobre a construção da rede de serviços SUS, datada da década de 1990 (ATHIÉ *et al.*, 2013). À época, as alternativas ao cuidado hospitalocêntrico eram basicamente as UBS e posteriormente outros equipamentos substitutivos, como os CAPS e o PSF. A noção de apoio matricial em saúde mental, propriamente dita, e a articulação entre serviços de saúde mental e atenção básica é

formalizada na criação dos NASF, pela Portaria nº 154, que indica a presença do profissional de saúde mental nas equipes e a inclusão nas ações da necessidade de se repensar a articulação da saúde mental com a atenção básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Ou seja, é uma noção mais bem elaborada no período pós Lei da Reforma Psiquiátrica.

O matriciamento em saúde mental surge para estabelecer os fluxos e articular os equipamentos de saúde mental e a ESF. Por meio dele, as equipes de saúde mental e de atenção básica compartilham casos e se corresponsabilizam por eles. Esse trabalho pode se dar nas discussões conjuntas desses casos, no dispositivo de supervisão, capacitação ou mesmo nas intervenções e atendimentos conjuntos aos sujeitos, famílias e comunidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Uma parcela significativa dos resultados dos estudos indica que o matriciamento se caracteriza como uma prática essencial para a adequada consolidação da interface saúde mental e atenção primária em saúde. Também é basilar para a promoção da corresponsabilização do cuidado pelas equipes, da transdisciplinaridade, integralidade e abordagem centrada na pessoa (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009; MORAIS, 2010; NEVES FILHO, 2010; SOUZA, 2012; VANNUCCHI; CARNEIRO JÚNIOR, 2012; RODRIGUES; MOREIRA, 2012; LEMKE; SILVA, 2013; SCHMIDT, 2013; GOMES, 2013; HIRDES; SCARPARO, 2015; GARCIA *et al.*, 2017; SANINE; SILVA, 2021). Esses resultados, portanto, mostram-se alinhados aos preceitos da Portaria nº 154 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Todavia, a distância entre o pretendido, que é o que diz respeito à legislação, e o praticado, que concerne ao trabalho vivo em saúde, desponta no fato de que a prática do apoio matricial costuma esbarrar em limites como a resistência de profissionais e da gestão em aderir à estratégia, na preponderância do paradigma centrado na doença entre as equipes, em mudanças de governo, subfinanciamento governamental e rotatividade de profissionais (MORAIS, 2010; VANNUCCHI, 2011; GOMES, 2013; HIRDES; SILVA, 2017; LIMA, 2021). Acrescenta-se a esses fatores as realidades em que participam do apoio matricial apenas os especialistas em saúde mental, e partir de uma abordagem centrada no modelo biomédico (RODRIGUES; MOREIRA, 2012; SCHMIDT, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2019).

O matriciamento, como tecnologia do cuidado, emerge da percepção de que a Reforma Psiquiátrica só avança na medida em que a atenção primária caminha junto a ela (DIMENSTEIN *et al.*, 2009). No entanto, é notório que equipes de atenção básica se sentem incapazes de enfrentar demandas em saúde mental que se apresentam no cotidiano dos serviços, especialmente quando se trata de casos graves ou crônicos (GAZIGNATO; SILVA,

2014). Essa constatação aponta para a segunda categoria de análise oriunda dos resultados dos estudos, que diz respeito à formação, capacitação e atualizações.

A falta de formação, atualização e mesmo a sensação de incapacidade para o exercício do cuidado em saúde mental por parte dos profissionais do campo da atenção primária em saúde se mostra uma realidade. A baixa capacitação também é associada às dificuldades de exercício dos preceitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira e do desempenho da escuta, acolhimento e orientação aos usuários (SOUZA *et al.*, 2007; SILVEIRA, 2009; FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009; MORAIS, 2010; NEVES FILHO, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2011; RODRIGUES; MOREIRA, 2012; SOUZA, 2012; SCHMIDT, 2013; LIMA, 2021; SANTOS, 2021).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), embora não seja especificamente voltada à questão da formação para o trabalho em saúde mental, é central no âmbito da formação voltada para o SUS e para o aperfeiçoamento do cuidado em rede. Ela foi instituída a partir da aprovação da *Política de Formação e Desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde (SUS): Caminhos para a Educação Permanente em Saúde* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Além disso, o aspecto capacitação é componente da política dos NASF, que destaca como uma das competências das secretarias de saúde dos municípios e do Distrito Federal o estímulo e viabilização da capacitação dos seus profissionais (BRASIL, 2008) e também da política da RAPS, que indica a promoção de estratégias de educação permanente para a saúde mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Outro resultado que se concentra nessa categoria diz respeito à associação entre escassez de formação, despreparo para o cuidado em saúde mental e uma cultura de maior medicalização nos serviços básicos (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009; SILVEIRA, 2009; MORAIS, 2010; RODRIGUES; MOREIRA, 2012; SANTOS, 2021). Dentre os pontos não abordados pela Lei nº 10.216 está a questão da medicalização. Porém, a Portaria nº 3.088, que institui a RAPS e que surge após uma década de consolidação legal da Reforma Psiquiátrica, destaca em suas diretrizes aspectos como a necessidade de diversificação das estratégias de cuidado, o que certamente convida a movimentar o lugar consolidado das práticas médico-centradas e o fator da medicalização como única expressão do cuidado em saúde mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A terceira categoria trata do fator Reforma Psiquiátrica e antimanicomial. Os resultados mais otimistas apontam que os serviços substitutivos, como os de atenção primária, foram determinantes para a ruptura com a lógica manicomial do cuidado, para a redução do número de internações psiquiátricas, maior resolutividade nos tratamentos e ruptura dos

estigmas no trato aos doentes e à doença mental (SILVEIRA, 2009; ALMEIDA, 2010; SOUZA, 2012; MILIAUSKAS *et al.*, 2019). Essa evidência manifesta a relação de compatibilidade entre o praticado e o preconizado na Lei nº 10.216, que redireciona o modelo assistencial de modo que os sujeitos sejam tratados em ambientes terapêuticos pelos meios menos invasivos possíveis e, preferencialmente, nos serviços comunitários de saúde mental. Ou seja, segundo parte dos estudos a atenção primária se mostra efetiva realizadora da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Há no entanto resultados que apontam incompatibilidades entre as práticas de saúde mental na atenção primária em saúde e as diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira (SOUZA *et al.*, 2007; OLIVEIRA *et al.*, 2011; RODRIGUES; MOREIRA, 2012; SOUZA, 2012; LIMA, 2021; SANINE; SILVA, 2021). Essas incongruências se vinculam sobretudo à escassa formação dos profissionais para o manejo dos cuidados neste campo, à fragmentação do cuidado, como explicitado nas categorias anteriores, e também a fatores que serão tratados nas categorias seguintes.

O documento orientador *Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários* indica que a relação entre atenção básica e saúde mental se configura na articulação entre os princípios comuns ao SUS e à Reforma Psiquiátrica, dentre os quais se destacam: noção de território; organização da atenção à saúde mental em rede; intersetorialidade; reabilitação psicossocial; multiprofissionalidade/interdisciplinaridade; desinstitucionalização; promoção da cidadania dos usuários e construção da autonomia possível de usuários e familiares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a). Na mesma medida em que há princípios que se revelam contemplados no cuidado praticado, há outros que ainda se fazem desafios a serem conquistados, conforme os resultados das pesquisas.

Neste ensejo, cabe destacar que dentre os resultados que emergiram da revisão, muitos foram os que se ocuparam de evidenciar os princípios e diretrizes do SUS, o que culminou na elaboração de categoria homônima. Dentro da referida categoria, algumas diretrizes ganharam destaque. São elas: integralidade; resolutividade; participação; autonomia; igualdade; organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos e, por fim, territorialidade.

A questão da integralidade é concebida como um dos desafios centrais para o funcionamento da saúde mental na atenção primária em saúde (MACHINESKI *et al.* 2009; NEVES FILHO, 2010; SOUZA, 2012) e é considerada por alguns dos estudos como satisfatória, em razão da existência de ações integradas entre espaços intersetoriais e uma dinâmica de matriciamento importante entre CAPS, NASF e Atenção Básica (SANINE;

SILVA, 2021). Outras evidências, no entanto, concebem o exercício da integralidade como insatisfatório, seja em razão de mudanças na política da saúde mental, do subfinanciamento da atenção primária ou da ausência de ações de prevenção e promoção da saúde mental no cotidiano das unidades de saúde (SILVEIRA, 2009; NEVES FILHO, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2011; RODRIGUES; MOREIRA, 2012; LIMA, 2021).

A resolutividade também é destacada como aspecto estrutural para os dois campos (MACHINESKI *et al.*, 2009; ALMEIDA, 2010). O aumento do fator resolutividade é associado à inserção da lógica da clínica ampliada no cotidiano dos serviços e à ruptura com o paradigma preponderantemente biomédico do cuidado (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009). Já a baixa resolutividade é comumente identificada em um movimento que parcela importante dos usuários costuma realizar, que é o de se deslocar a outros serviços em busca da satisfação de necessidades em saúde mental não contempladas nas unidades de serviços primários (MACHINESKI *et al.*, 2009; SILVEIRA, 2009).

A diretriz relativa à participação é considerada incipiente, já que a figura dos usuários pouco circula como ator central e ativo do próprio cuidado (MACHINESKI *et al.*, 2009). A diretriz da autonomia, por sua vez, ora é reconhecida como importante entre as equipes (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009; SOUZA, 2012) ora desponta como fator incompreendido pelas mesmas (VANNUCCHI, 2011).

A desigualdade do acesso se revela pela expressiva quantidade de serviços de atenção primária que não realiza intervenções específicas para a população com problemáticas de saúde mental (SOUZA, *et al.*, 2007; LIMA, 2021; OLIVEIRA *et al.*, 2011) e também por fatores como estigma e preconceito à pessoa com transtorno mental, que reverberam na sociedade e nas equipes destes mesmos serviços (OLIVEIRA *et al.*, 2011; SOUZA, 2012; ANGELINI; CACCIA-BAVA, 2015). Ou seja, muito embora haja evidências que comprovam a relação entre o respeito às indicações da Reforma Psiquiátrica e a modificação de posturas estigmatizantes no trato com a doença mental (ALMEIDA, 2010; PAULA *et al.*, 2012), a promoção da igualdade ainda enfrenta obstáculos.

O princípio que define que os serviços públicos devem ser organizados de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos merece um olhar cuidadoso, por sua vez. A despeito de o SUS e a atenção primária estarem estruturados sob a lógica de ordenação do cuidado em níveis de complexidade, percebe-se que emerge na realidade uma dupla porta de entrada no sistema para a saúde mental, o que revela que para os usuários e mesmo para os profissionais os limites de competência entre a atenção primária e os CAPS se revelam pouco claros (WENCESLAU; ORTEGA, 2015). Machineski *et al.* (2009) destacam que muitos

usuários das UBS se deslocam a outros serviços em busca da satisfação de necessidades em saúde mental não contempladas no nível primário de saúde.

Por fim, quanto à diretriz territorialidade, os resultados destacam alguns pontos como: (I) a reprodução das práticas de controle, que se revela em momentos em que a territorialidade serve como subterfúgio para a busca ativa aos usuários unicamente (LEMKE; SILVA, 2011); (II) a insuficiência e o subfinanciamento da rede territorial (SOUZA, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2019); (III) e a dificuldade dos profissionais em lidar com os transtornos mentais no território (HIRDES; SILVA, 2017). Porém, o fator territorialidade do cuidado é definido também como um dos meios mais efetivos para a realização dos objetivos da Reforma Psiquiátrica (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009; ALMEIDA, 2010; LEMKE; SILVA, 2011. RODRIGUES; MOREIRA, 2012; SOUZA, 2012; ANGELINI; CACCIA-BAVA, 2015).

A inserção dos cuidados em saúde mental na atenção primária deve ser alinhada com o modelo de redes de cuidado de base territorial e funcionamento transversalizado com outras políticas específicas que prezam pelo estabelecimento de vínculos e pelo acolhimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a). Na política de saúde mental comumente se atribui aos CAPS a posição de dispositivos estratégicos centrais do cuidado. A atenção primária, no entanto, também tem se mostrado um *locus* privilegiado para a efetivação de um paradigma compatível e radicalmente fiel às diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica, seja pelos sentidos do trabalho transdisciplinar ou pelo maior envolvimento da comunidade e maior capacidade de se visualizar no processo saúde-doença os componentes comunitários, sociais, subjetivos e físicos (BOTTI; ANDRADE, 2008).

A transmutação da lógica predominantemente centrada na doença para um paradigma de complexidade em saúde aponta para a categoria construída a partir dos conceitos de humanização do cuidado, acolhimento e vínculo. Esses conceitos emergem da legislação da Reforma Psiquiátrica enquanto direitos da pessoa com transtorno mental, de ser tratada com humanidade e respeito, no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade (BRASIL, 2001). A política que institui a RAPS também aponta dentre as diretrizes para o funcionamento da referida rede a atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A humanização do cuidado e o respeito à singularidade por parte das equipes são considerados fatores favoráveis à implementação de ações de saúde mental na atenção primária (SILVEIRA, 2009; ALMEIDA, 2010; NEVES FILHO, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2011; PAULA *et al.*, 2012). Cabe mencionar que essa constatação coexiste com uma realidade

em que predomina baixa permeabilidade e sensação de despreparo das equipes quanto ao uso de tecnologias do cuidado sensíveis, como a escuta e o acolhimento (NEVES FILHO, 2010; CORREIA *et al.*, 2011; ANGELINI; CACCIA-BAVA, 2015; YAMAGUTI, 2018; OLIVEIRA *et al.*, 2020). Acrescenta-se a isso a crença ainda arraigada por parte de familiares de pessoas com transtorno mental e profissionais de que a internação psiquiátrica é a principal via de cuidado em saúde mental (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Evidencia-se através do preconizado nas políticas públicas a necessidade de incorporação de um paradigma em saúde que amplie o foco do cuidado para além da doença e que inclua, além da tão necessária escuta, uma noção de sujeito social dotado de potencialidades para operar transformações em seu meio (VAL *et al.*, 2017). Apesar de a atenção primária figurar como cenário propício para o cuidado em saúde mental, percebe-se a prevalência de dificuldades relacionadas à hegemonia das práticas centradas na doença, típicas do paradigma biomédico (GAMA *et al.*, 2021).

A preponderância deste paradigma é exaustivamente tratada nos resultados das pesquisas que compõem este estudo. Alguns dos conceitos transversais à categoria são: o modelo de cuidado centrado na doença, os núcleos especializados de saberes, o cuidado de caráter individualizado e a medicalização.

A compilação de evidências aponta a preponderância do paradigma biomédico e centrado na doença nas práticas de saúde mental na atenção primária em detrimento de práticas de clínica ampliada (MORAIS, 2010; NEVES FILHO, 2010; CORREIA *et al.*, 2011; OLIVEIRA *et al.*, 2011; RODRIGUES; MOREIRA, 2012; SOUZA, 2012; GOMES, 2013; ANGELINI; CACCIA-BAVA, 2015). Ainda indica a conformação do cuidado nos núcleos especializados de saberes e em profissionais especialistas em saúde mental, como psicólogos e psiquiatras, em detrimento da lógica de saúde coletiva (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009; SILVEIRA, 2009; MORAIS, 2010; VANNUCCHI, 2011; RODRIGUES; MOREIRA, 2012; HIRDES; SILVA, 2017; YAMAGUTI, 2018).

Destaca-se a maior realização de atendimentos individuais e de longa duração (NEVES FILHO, 2010; MORAIS, 2010; VANNUCCHI, 2011; RODRIGUES; MOREIRA, 2012; GOMES, 2013) associada à cultura que associa a medicalização ao cuidado possível de ser praticado em termos de saúde mental (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009; MORAIS, 2010; CORREIA *et al.*, 2011; OLIVEIRA *et al.*, 2011; RODRIGUES; MOREIRA, 2012; SANINE,; SILVA, 2021). Merecem também destaque as práticas supostamente baseadas nos preceitos da clínica ampliada, mas que acabam por reproduzir características da perspectiva médico-centrada (SCHMIDT, 2013; CORREIA *et al.*, 2011).

Já alguns outros achados indicam resultados diferentes. Há os que constatem que há realidades em que ora predominam as práticas especializadas e ora os cuidados em saúde coletiva, em que preponderam a corresponsabilidade das equipes pelos casos (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009; RODRIGUES; MOREIRA, 2012). Outro estudo aborda uma questão não tratada por nenhum dos demais, que diz respeito à presença dos profissionais com formação em medicina de família e comunidade ou saúde da família enquanto diferencial na qualidade dos serviços de saúde mental, tema esse que segundo os autores recebe pouca atenção nas publicações nacionais (WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

A necessidade de promover rupturas com o paradigma predominantemente biologicista na saúde é demarcada no destaque que o conceito de clínica ampliada recebe nas políticas de atenção básica e saúde mental. Dentre as funções que devem operar nas Redes de Atenção à Saúde, a PNAB (BRASIL, 2006) destaca a resolutividade associada a tecnologias de cuidado individual e coletivo por meio de uma clínica ampliada. Esta se constitui como diretriz de atuação dos profissionais da saúde e atua na articulação e diálogo entre os saberes para promover uma compreensão complexa dos processos de saúde e adoecimento. Diz respeito, além disso, à inclusão dos sujeitos como participantes ativos das condutas em saúde e da elaboração de seu próprio projeto terapêutico (BRASIL, 2009).

As evidências agrupadas na categoria clínica ampliada apontam para a existência de práticas do gênero na atenção primária, dentre as quais se destacam o já mencionado Projeto Terapêutico Singular, os atendimentos compartilhados, visitas e acompanhamentos domiciliares conjuntos, grupos, atividades no território, ações culturais e esportivas e comunicação com a rede de serviços (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009; SOUZA, 2012; RODRIGUES; MOREIRA, 2012; GOMES, 2013; ANGELINI; CACCIA-BAVA, 2015; HIRDES; SILVA, 2017).

Embora a ampliação dos conceitos e das práticas de saúde muitas vezes esbarrem nas dificuldades de compreensão por parte dos serviços de saúde e profissionais (GARCIA *et al.*, 2017) e também na falta de espaço diante da grande demanda pelos atendimentos tradicionais nas unidades (ANGELINI; CACCIA-BAVA, 2015), já se identifica que quando há práticas de em saúde mental para além do paradigma biomédico, a resolutividade do cuidado aumenta (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009).

Outra categoria oriunda dos resultados diz respeito ao tratamento em saúde mental despendido a casos graves e leves. Embora se identifique que o vínculo, a clínica ampliada e o território, características típicas da atenção primária, sejam pontos positivos para o tratamento de pacientes mentais graves nesse nível do cuidado (ALMEIDA, 2010), grande parte dos

estudos aponta que os casos de saúde mental considerados leves são mais comumente tratados na atenção primária, enquanto que os graves são tratados quase que exclusivamente nos CAPS (MORAIS, 2010; PAULA *et al.*, 2012; SCHMIDT, 2013; YAMAGUTI, 2018).

A constatação dessa setorização do cuidado por parte dos serviços aponta que há, em partes, compatibilidades entre o pretendido e o praticado. A legislação que regula a RAPS indica que, no que compete aos CAPS, esses se constituem nos pontos de atenção psicossocial especializada destinados ao tratamento de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Já os pontos de atenção psicossocial na atenção básica são definidos como centrados no objetivo de desenvolver a atenção integral.

A categoria burocratização emerge nos resultados de três dos estudos analisados. Neles há a constatação comum de que o excesso de rotinas burocráticas no trabalho é percebido como tempo gasto desmedidamente e que impacta na realização irrisória de práticas da saúde mental na atenção primária (NEVES FILHO, 2010; VANNUCCHI, 2011; SOUZA, 2012). Neste sentido, vale frisar que não foram encontrados pontos que sirvam à discussão no que se refere à legislação atinente à Reforma Psiquiátrica ou em outras políticas de saúde mental acerca dos conceitos de burocratização, registros ou documentos.

Outra categoria emergente dos resultados é a que trata dos profissionais agentes do cuidado territorial, dentre os quais se situam as figuras dos Agentes Comunitários de Saúde, Redutores de Danos e Acompanhantes Terapêuticos. A prática dos Agentes Comunitário de Saúde é destacada como importante para viabilizar o cuidado de saúde mental na atenção primária em saúde (OLIVEIRA, *et al.*, 2011; SCHMIDT, 2013; SANINE; SILVA, 2021; ANGELINI; CACCIA-BAVA, 2015). Um estudo, de Lemke & Silva (2013), menciona, neste mesmo sentido, as práticas dos Acompanhantes Terapêuticos e dos Redutores de Danos.

No contexto de fortalecimento da relação entre saúde mental e atenção primária em saúde, as ESF ocupam essencial espaço na articulação entre a família e os serviços extra-hospitalares de saúde mental para a manutenção do cuidado no território. Além disso, uma das principais atribuições do Agente Comunitário de Saúde na ESF é coletar informações referentes às necessidades de saúde da população, identificar questões de vida dos usuários potencialmente geradoras de processos saúde-doença e fortalecer a relação entre os sujeitos e a unidade de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Se capacitada, essa categoria de profissionais se torna estratégica, pois consegue detectar as demandas de saúde mental por meio de sua circulação facilitada no território, que

se constitui em duplo papel, enquanto morador e trabalhador. Por residirem no território e dele se apropriarem, podem identificar necessidades que escapam ao espaço esquadrihado das unidades (CAMPOS *et al.*, 2020).

O papel do Acompanhante Terapêutico, por sua vez, articula-se ao princípio ético da integralidade da assistência em saúde mental. Como prática, o acompanhamento terapêutico pode se consolidar em um conjunto de ações combinadas e integradas com vistas ao cuidado e à circulação da pessoa com transtorno mental no território, o que impacta em conceitos caros às políticas de saúde mental e atenção primária como os de autonomia e cidadania (VELOZO; SERPA, 2006). O acompanhamento terapêutico se trata de uma prática clínica não regulamentada, mas exercida sobretudo por profissionais da área da saúde e, eventualmente, da educação.

Já quanto ao Redutor de Danos, a presença deste na prestação do cuidado em saúde mental remete à incorporação, pelo Ministério da Saúde, da demanda da política de atenção aos usuários com problemas decorrentes do uso do álcool e outras drogas na política de saúde mental. A referida legislação dá destaque à estratégia de Redução de Danos (RD) para a abordagem do tema. Essa estratégia consiste em reduzir os danos e riscos associados ao uso abusivo de drogas, considerando o protagonismo do usuário. Não há exigência de abstinência, há incentivo às estratégias de diminuição massiva de riscos associados ao uso e direcionamento à reinserção dos usuários em seus núcleos sociais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

A última categoria de análise é a que trata do conceito de gestão na interface saúde mental-atenção primária. Poucos são os estudos que aprofundam a questão da gestão em serviços e políticas desta natureza. Os encontrados apontam para resultados relacionados à gestão dos serviços de atenção primária e sua ação limitadora quanto à adesão a algumas estratégias e tecnologias do cuidado compatíveis com o que indica a Reforma Psiquiátrica (CORREIA *et al.*, 2011; SOUZA, 2012; HIRDES; SCARPARO, 2015; HIRDES; SILVA, 2017). A legislação da Reforma Psiquiátrica e a Portaria que define a RAPS não abordam conceitos de gestão e suas atribuições.

No tocante aos limites dos estudos levantados, alguns pontos merecem destaque. O primeiro deles se refere à baixa menção e problematização da temática do cuidado à pessoa com necessidades decorrentes do uso abusivo de crack, álcool e outras drogas na atenção primária. Lemke e Silva (2013) tratam da questão a partir de um olhar aos agentes do cuidado neste âmbito, como os Redutores de Danos. Todavia, os estudos oriundos da busca trazem, sobremaneira, o tema saúde mental em associação a conceitos como loucura e cuidado à

pessoa em sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves.

Ao se levar em conta que a criação da RAPS se sustenta sobre ambas as questões - o tema do cuidado às pessoas com sofrimento mental e com necessidades decorrentes do abuso de substâncias - e que a própria política de Redução de Danos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005c; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011) foi um marco relevante para a política de saúde mental, temos aí a evidência de uma importante lacuna para o recorte temporal. É importante, neste sentido, destacar os recentes desmontes da Política Nacional sobre Drogas (PNAD) e da política de Redução de Danos - revogado o decreto nº 4.345 (BRASIL, 2002) e estabelecido o decreto nº 9.761 (BRASIL, 2019) -, especialmente a partir do ano de 2019, quando a Redução de Danos deu lugar ao retorno da lógica da abstinência como diretriz do cuidado.

Outro limite identificado nos estudos diz respeito à ausência da problematização referente ao também recente desmonte da política multiprofissional de saúde da família, marcado pela extinção do incentivo financeiro ao NASF, que, desde 2020, não conta com mais equipes credenciadas, o que produz incertezas sobre a continuidade do modelo. Os NASF (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008) foram criados no ano de 2008 com a finalidade de fortalecer a atenção primária por meio da ação integrada entre médicos, enfermeiros e profissionais de diferentes especialidades - assistentes sociais, psicólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas etc. A atuação destes profissionais se dá através de dispositivos como discussões de casos clínicos, atendimento compartilhado e construção de planos terapêuticos.

Embora as medidas do atual governo (2019-2022) não indiquem diretamente a extinção das ações compartilhadas, elas instituem o arrocho do financiamento específico, além de deixar a cargo de secretários municipais e estaduais de saúde a adoção de qualquer modelo de cuidado, inclusive nenhum (BRASIL, 2019; BRASIL, 2020). Partindo-se do pressuposto que, dentre as equipes multiprofissionais dos NASF estão aqueles profissionais que fortalecem o modelo de cuidado ampliado em saúde mental, alterações nesse modelo certamente produzem impactos para o campo do cuidado.

7 CONCLUSÃO

Esta revisão de escopo permitiu a análise da produção científica relacionada à interface da saúde mental com a atenção primária em saúde, circunscrita ao período pós promulgação da Lei nº 10.216, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, até o presente ano. Neste ensejo, dados acerca das produções sobre o tema foram tipificados, conforme características como ano de publicação, tipo de produção, periódico, instituição, autor, método e resultados encontrados. No que tange a esses resultados, eles foram analisados quanto ao pretendido, ou seja, o preconizado nas políticas públicas de saúde mental e especialmente na Lei da Reforma Psiquiátrica, e sua relação com o que é de fato praticado.

A primeira etapa da análise deflagrou uma quantidade de estudos sobre o tema relativamente pequena, tendo em vista o recorte temporal de duas décadas. Algumas ressalvas sobre os conteúdos emergentes do tema revisado devem ser levadas em conta, dentre elas o fato de os estudos mapeados na literatura serem sobretudo de caráter qualitativo, muitos deles reflexivos, descritivos e provenientes de estudos de caso e revisões. A natureza da literatura resulta, sobremaneira, em perspectivas críticas que partem da percepção de profissionais e equipes em relação às intervenções em saúde mental na atenção primária em saúde. Por isso, a revisão do escopo de pesquisa aponta para a necessidade de leitura do tema a partir de outros vieses metodológicos, capazes de também mensurar e evidenciar aspectos como a eficácia do pretendido e do praticado para ampliar os olhares sobre o tema.

No que diz respeito ao levantamento dos resultados emergentes dos estudos e do que eles indicam acerca da relação pretendido-praticado em saúde mental na atenção primária, percebe-se que a adequação desses dois campos se situa nos estudos muito mais num caráter idealizador e prescritivo dos desafios a serem superados. No que emerge acerca do praticado propriamente dito, identifica-se que as disparidades são mais largamente percebidas do que as conformidades. Infere-se, assim, que os resultados dos estudos apontam para o desafio da implementação da lógica da Reforma Psiquiátrica e das práticas de clínica ampliada no cotidiano dos serviços ainda duas décadas após a consolidação da luta antimanicomial na materialidade da Lei.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Gilson Holanda. **Acolhimento e tratamento de portadores de esquizofrenia na Atenção Básica**: a visão dos gestores, terapeutas, familiares e pacientes. USP, 2010. 156 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2010.
- ALVERGA, Alex Reinecke de; DIMENSTEIN, Magda. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface** - comunicação, saúde, educação, v. 10, p. 299-316, 2006.
- AMARANTE, Paulo. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 1, n. 1, p. 34-41, 2009.
- AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- AMARANTE, Paulo. Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial. *In*: AMARANTE, Paulo (Org.). **A clínica e a reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Nau, 2003, p. 45-66.
- AMARANTE, Paulo. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. *In*: FERNANDES, Maria Inês Assumpção.; SCARCELLI, Ianni Regia; COSTA, Eliane Sílvia. **Fim de século**: ainda manicômios? São Paulo: Instituto de Psicologia USP, 1999, p.47-53.
- ANGELINI, Carina Robles; CACCIA-BAVA, Maria do Carmo Gullaci Guimarães. “A gente sente que precisa e pode...”: os desafios para a inclusão da saúde mental na Atenção Básica. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 36, 2015.
- ARANTES, Luciano José; SHIMIZU, Helena Eri; MERCHÁN-HAMANN, Edgar. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1499-1510, 2016.
- ATHIÉ, Karen *et al.* Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010). **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 8, n. 26, p. 64-74, 2013.
- BASAGLIA, Franco. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Ed. Paulo Amarante. Trad. Joana Angélica d'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.
- BOTTI, Nadja Cristiane Lappann; ANDRADE, Wesley Vieira. A saúde mental na atenção básica-articulação entre os princípios do SUS e da reforma psiquiátrica. **Cogitare Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 387-394, 2008.
- BRASIL. Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS, de 28 de janeiro de 2020 [Internet]. 2020 [acessado em 08 dez. 2022]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/NT_NASF-AB_Previne_Brasil.pdf. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família, 2020.
- BRASIL. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF: Secretaria-Geral, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2019.

BRASIL. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019b.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS - Humaniza SUS**: clínica ampliada e compartilhada. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. 2009. 64 p.

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, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Portaria GM nº 2.197, de 14 de outubro de 2004. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: Presidência da República.

BRASIL. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: Presidência da República.

BRASIL. Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002. Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências. **Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos**. Brasília, DF: Presidência da República.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Presidência da República. **Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos**. Brasília, DF: Presidência da República.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Presidência da República. **Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos**. Brasília, DF: Presidência da República.

BRASIL. Constituição da República, de 05 de outubro de 1988. Artigos 194, 196. Brasília: Senado Federal, 1988.

CORDEIRO, Luciana; SOARES, Cassia Baldini. Revisão de escopo: potencialidades para a síntese de metodologias utilizadas em pesquisa primária qualitativa. **BIS - Boletim do Instituto de Saúde**, v. 20, n. 2, p. 37-43, 2019.

CORREIA, Valmir Rycheta; BARROS, Sônia; COLVERO, Luciana de Almeida. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, p. 1501-1506, 2011.

COSTA-ROSA, Abílio da. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. *In*: AMARANTE, Paulo (Org.). **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 141-168.

DALPIAZ, Ana Kelen.; STEDILE, Nilva Lúcia Rech. Estratégia Saúde da Família: reflexão sobre algumas de suas premissas. *In*: V Jornada Internacional de Políticas Públicas: Estado, desenvolvimento e crise do capital. **Anais da V Jornada Internacional de Políticas Públicas: Estado, desenvolvimento e crise do capital**, v. 5, 2011.

DIMENSTEIN, Magda. et al. O apoio matricial em unidades de saúde da família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 8, n. 1, 2009, p. 63-74.

DIMENSTEIN, Magda. A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e humanização da assistência. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 24, p. 112-117, 2004.

FIGUEIREDO, Mariana Dorsa; CAMPOS, Rosana Onocko. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 129-138, 2009.

FURTADO, Juarez Pereira; CAMPOS, Rosana Onocko. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. **Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental**, v. 8, p. 109-122, 2005.

GALVÃO, Camila Alves Varela. **Saúde mental e atenção primária: as implicações e desafios do apoio matricial em saúde mental na perspectiva da gestão em saúde**. ENSP, 2012. 161 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

GAMA, Carlos Alberto Pegolo da *et al.* Os profissionais da Atenção Primária à Saúde diante das demandas de Saúde Mental: perspectivas e desafios. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, 2021.

GAMA, Carlos Alberto Pegolo da; CAMPOS, Rosana Onocko. Saúde mental na atenção básica: uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, n. 2, p. 110-130, 2009.

GARCIA, Georgia Dalla Valle *et al.* Apoio matricial na atenção à saúde mental em uma regional de saúde, Paraná, Brasil. **Saúde e Pesquisa**, v. 10, n. 3, p. 423-432, 2017.

GAZIGNATO, Elaine Cristina da Silva; SILVA, Carlos Roberto de Castro. Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 296-304, 2014.

GOMES, Lucia Macedo Duarte. **O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a integralidade na atenção básica em saúde mental em um Município da região serrana do Rio de Janeiro**. ENSP, 2013. 81 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde na Região Leste do Rio de Janeiro) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

HIRDES, Alice; SILVA, Maira Kelly Rosa da. Matrix support in mental health in primary health care: barriers and facilitating factors. **Estudos de Psicologia**, v. 34, p. 499-511, 2017.

HIRDES, Alice; SCARPARO, Helena Beatriz Kochenborger. O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 383-393, 2015.

KODA, Mirna Yamazato. **Da negação do manicômio à construção de um modelo substitutivo em saúde mental**: o discurso de usuários e trabalhadores de um núcleo de atenção psicossocial. IPUSP, 2002. 186 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia, Departamento de Psicologia Social e do Trabalho, São Paulo, 2002.

LEMKE, Ruben Artur; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. Itinerários de construção de uma lógica territorial do cuidado. **Psicologia & Sociedade**, v. 25, p. 9-20, 2013.

LEMKE, Ruben Artur; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. Um estudo sobre a itinerância como estratégia de cuidado no contexto das políticas públicas de saúde no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, p. 979-1004, 2011.

LIMA, Antonio Moacir de Jesus. **Contribuição da estruturação da Atenção Primária à Saúde segundo seus atributos essenciais para a qualidade da Assistência em Saúde Mental**: um estudo a partir do PMAQ-AB. UFMG, 2021. 218 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Belo Horizonte, 2021.

MACHINESKI, Gicelle Galvan et al. A percepção dos usuários em relação às práticas de saúde: uma análise literária. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 8, n. 2, 2009.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. Atenção primária à saúde. *In*: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. **Dicionário da educação profissional em saúde**, v. 2, Rio de Janeiro: EPSJV, 2009, p. 44-50.

MENDES, Eugênio Vilaça *et al.* **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, v. 45, 2015.

MILIAUSKAS, Claudia Reis *et al.* Associação entre internações psiquiátricas, cobertura de CAPS e atenção básica em regiões metropolitanas do RJ e SP, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 1935-1944, 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Dez 2011. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Diário Oficial da União**. Jan 2008. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. **Relatório de Gestão 2003-2006**. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Brasília: janeiro de 2007b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM nº 1.097, de 22 de maio de 2006. Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Mai 2006. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Sistema de informação da atenção básica (Siab): indicadores 2005. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Reforma psiquiátrica da política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria GM nº 1.028, de 1º de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Jul 2004. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005c.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/Aids. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece sobre as diferentes modalidades de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Diário Oficial da União**. Fev 2002. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: 2001.

MORAIS, Ana Patrícia Pereira. **Saúde mental na atenção básica: o desafio da implementação do apoio matricial**. USP, 2010. 119 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2010.

NEVES FILHO, José Moura. **Saúde mental, atenção primária e a estratégia Saúde da Família: a implantação de unidades básicas de apoio em saúde mental na região sul do município de São Paulo - um estudo de caso**. USP, 2009. 325 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2009.

NUNES, Mônica; JUCÁ, Vlândia Jamile; VALENTIM, Carla Pedra Branca. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 2375-2384, 2007.

OLIVEIRA, Gustavo Costa de *et al.* Matrix support in mental health in primary care: the vision of support workers and nurses. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, 2019.

OLIVEIRA, Francisca Bezerra de *et al.* (Re)construindo cenários de atuação em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 24, n. 2, p. 109-115, 2011a.

OLIVEIRA, Francisca Bezerra de *et al.* O trabalho de enfermagem em saúde mental na estratégia de saúde da família. **Rev Rene**, v. 12, n. 2, p. 229-237, 2011b.

OLIVEIRA, Francisca Bezerra de. **Construindo saberes e práticas em saúde mental**. João Pessoa: UFPB, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF. **Cuidados primários de saúde: Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**, Alma-Ata, Rússia. Brasília: UNICEF, 1979.

PAULA, Cristiane S. *et al.* How to improve the mental health care of children and adolescents in Brazil: actions needed in the public sector. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 34, p. 334-351, 2012.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. Implicações da integralidade na gestão da saúde. *In*: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Orgs.) **Gestão em redes: Práticas de avaliação, formação e participação na saúde**, Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 11-26.

PITTA, Ana Maria Fernandes. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? *In*: PITTA, Ana Maria Fernandes. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 19-26.

PUPO, Ligia Rivero *et al.* Saúde mental na Atenção Básica: identificação e organização do cuidado no Estado de São Paulo. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 107-127, 2021.

RODRIGUES, Euzilene da Silva; MOREIRA, Maria Inês Badaró. A interlocução da saúde mental com atenção básica no município de Vitória/ES. **Saúde e sociedade**, v. 21, p. 599-611, 2012.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

SANINE, Patricia Rodrigues; SILVA, Letícia Isabel Ferreira. Saúde mental e a qualidade organizacional dos serviços de atenção primária no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, 2021.

SANTOS, Jomábia Cristina Gonçalves dos *et al.* Acolhimento aos pacientes com necessidades de saúde mental na perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Iguatu-CE. **Revista de APS**, v. 23, n. 3, 2021.

SANTOS, Renato Eiji Bellocchi dos *et al.* Saúde mental na atenção básica: anais do congresso brasileiro de enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 31, n. 4, 2017.

SILVEIRA, Marília Rezende da. **A saúde mental na atenção básica: um diálogo necessário.** UFMG, 2009. 145 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, 2009.

SOUZA, Aline de Jesus Fontineli *et al.* A saúde mental no Programa de Saúde da Família. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 60, p. 391-395, 2007.

SOUZA, Ândrea Cardoso de *et al.* **Estratégias de inclusão da saúde mental na atenção básica no Rio de Janeiro: um movimento das marés.** ENSP, 2012. 156 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

SCHMIDT, Maria Luisa Sandoval. Atenção básica e saúde mental: experiência e práticas do Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 16, n. 1, p. 57-70, 2013.

TRICCO, Andrea C. *et al.* PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. **Annals of internal medicine**, v. 169, n. 7, p. 467-473, 2018.

VAL, Alexandre Costa *et al.* Psicanálise e Saúde Coletiva: aproximações e possibilidades de contribuições. **Physis**. v.27, n. 4, p. 1287-307, 2017.

VANNUCCHI, Ana Maria Cortez; CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo. Modelos tecnoassistenciais e atuação do psiquiatra no campo da atenção primária à saúde no contexto atual do Sistema Único de Saúde, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, p. 963-982, 2012.

VANNUCCHI, Ana Maria Cortez. **Modalidades tecnoassistenciais e atuação do médico psiquiatra no campo da atenção primária à saúde no contexto atual do Sistema Único de Saúde (SUS).** FCMSCSP, 2011. 97 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, 2011.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Do hospício à comunidade: mudança sim; negligência não.** Belo Horizonte: SEGRAC, 1992.

VELOZO, Renata Simões; SERPA, Octávio Domont de. O Acompanhante Terapêutico “em ação” no campo público da assistência em saúde mental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 9, p. 318-338, 2006.

WENCESLAU, Leandro David; ORTEGA, Francisco. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 1121-1132, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Organization of mental health services in developing countries.** In: WHO SEMINAR ON THE ORGANIZATION OF MENTAL HEALTH SERVICES, 1975, Addis Ababa. Geneve: World Health Organization.

YAMAGUTI, Claudiney Augusto. **Grupos de reflexão sobre a produção do cuidado: uma estratégia de aproximação entre saúde mental e Atenção Básica no município de Itapevi-SP.** SES-SP/CRH, 2018. 118 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Instituto de Saúde, São Paulo, 2018.

APÊNDICE A - Total de autores por estudo e categorização por sexo

Nº	Autores	Título do estudo	Sexo
1	Angelini, Carina Robles	" A gente sente que precisa e pode... ": os desafios para a inclusão da saúde mental na Atenção Básica	F
2	Caccia-Bava, Maria do Carmo Gullaci Guimarães	" A gente sente que precisa e pode... ": os desafios para a inclusão da saúde mental na Atenção Básica	F
3	Guedes, Helena Karolyne Arruda	(Re)Construindo cenários de atuação em saúde mental na Estratégia Saúde da Família	M
4	Lima Júnior, José Ferreira	(Re)Construindo cenários de atuação em saúde mental na Estratégia Saúde da Família	F
5	Oliveira, Francisca Bezerra de	(Re)Construindo cenários de atuação em saúde mental na Estratégia Saúde da Família	F
6	Oliveira, Thaliny Batista Sarmiento de	(Re)Construindo cenários de atuação em saúde mental na Estratégia Saúde da Família	F
7	Moreira, Maria Inês Badaró	A interlocução da saúde mental com atenção básica no município de Vitória/ES	F
8	Rodrigues, Euzilene da Silva	A interlocução da saúde mental com atenção básica no município de Vitória/ES	F
9	Bonilha, Ana Lucia de Lourenzi	A percepção dos usuários em relação às práticas de saúde: uma análise literária	F
10	Lima, Maria Alice Dias da Silva	A percepção dos usuários em relação às práticas de saúde: uma análise literária	F
11	Machineski, Gicelle Galvan	A percepção dos usuários em relação às práticas de saúde: uma análise literária	F
12	Schneider, Jacó Fernando	A percepção dos usuários em relação às práticas de saúde: uma análise literária	M
13	Silveira, Marília Rezende da	A saúde mental na atenção básica: um diálogo necessário	F
14	Gomes, Kenia de Fátima Alencar	A saúde mental no Programa de Saúde da Família	F
15	Matias, Gina Nogueira	A saúde mental no Programa de Saúde da Família	M
16	Parente, Adriana da Cunha Menezes	A saúde mental no Programa de Saúde da Família	F
17	Souza, Aline de Jesus Fontineli	A saúde mental no Programa de Saúde da Família	F
18	Alencar, Andressa Aires	Acolhimento aos pacientes com necessidades de saúde mental na perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Iguatu-CE	F
19	Lima, Antonia Renata Lopes	Acolhimento aos pacientes com necessidades de saúde mental na perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Iguatu-CE	F
20	Nascimento, Tayrine Huana de Sousa	Acolhimento aos pacientes com necessidades de saúde mental na perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Iguatu-CE	F
21	Santos, Jomábia Cristina Gonçalves dos	Acolhimento aos pacientes com necessidades de saúde mental na perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Iguatu-CE	F

Nº	Autores	Título do estudo	Sexo
22	Valentim, Farley Janusio Rebouças	Acolhimento aos pacientes com necessidades de saúde mental na perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Iguatu-CE	M
23	Almeida, Gilson Holanda	Acolhimento e tratamento de portadores de esquizofrenia na Atenção Básica: a visão dos gestores, terapeutas, familiares e pacientes	M
24	Cavalcante, Marília	Apoio matricial na atenção à saúde mental em uma regional de saúde, Paraná, Brasil	F
25	Cervo, Michele da Rocha	Apoio matricial na atenção à saúde mental em uma regional de saúde, Paraná, Brasil	F
26	Garcia, Georgia Dalla Valle	Apoio matricial na atenção à saúde mental em uma regional de saúde, Paraná, Brasil	F
27	Silva, Isabella Fernanda da	Apoio matricial na atenção à saúde mental em uma regional de saúde, Paraná, Brasil	F
28	Zambenedetti, Gustavo	Apoio matricial na atenção à saúde mental em uma regional de saúde, Paraná, Brasil	M
29	Zanoti-Jeronymo, Daniela Viganó	Apoio matricial na atenção à saúde mental em uma regional de saúde, Paraná, Brasil	F
30	Faus, Daniela Porto	Associação entre Internações psiquiátricas, cobertura de CAPS e atenção básica em regiões metropolitanas do RJ e SP, Brasil	F
31	Junger, Washington	Associação entre Internações psiquiátricas, cobertura de CAPS e atenção básica em regiões metropolitanas do RJ e SP, Brasil	M
32	Junkes, Larissa	Associação entre Internações psiquiátricas, cobertura de CAPS e atenção básica em regiões metropolitanas do RJ e SP, Brasil	F
33	Miliauskas, Claudia Reis	Associação entre Internações psiquiátricas, cobertura de CAPS e atenção básica em regiões metropolitanas do RJ e SP, Brasil	F
34	Rodrigues, Rahiza Bueno	Associação entre Internações psiquiátricas, cobertura de CAPS e atenção básica em regiões metropolitanas do RJ e SP, Brasil	F
35	Schmidt, Maria Luisa Sandoval	Atenção básica e saúde mental: experiência e práticas do Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa	F
36	Lima, Antonio Moacir de Jesus	Contribuição da estruturação da Atenção Primária à Saúde segundo seus atributos essenciais para a qualidade da Assistência em Saúde Mental: um estudo a partir do PMAQ-AB	M
37	Souza, Ândrea Cardoso de	Estratégias de inclusão da saúde mental na atenção básica no Rio de Janeiro: um movimento das marés	F
38	Yamaguti, Claudiney Augusto	Grupos de reflexão sobre a produção do cuidado: uma estratégia de aproximação entre saúde mental e Atenção Básica no município de Itapevi - SP	M

Nº	Autores	Título do estudo	Sexo
39	Bordin, Isabel A S	How to improve the mental health care of children and adolescents in Brazil: actions needed in the public sector	F
40	Evans-Lacko, Sara	How to improve the mental health care of children and adolescents in Brazil: actions needed in the public sector	F
41	Lauridsen-Ribeiro, Edith	How to improve the mental health care of children and adolescents in Brazil: actions needed in the public sector	F
42	Paula, Cristiane S	How to improve the mental health care of children and adolescents in Brazil: actions needed in the public sector	F
43	Wissow, Lawrence	How to improve the mental health care of children and adolescents in Brazil: actions needed in the public sector	M
44	Lemke, Ruben Artur	Itinerários de construção de uma lógica territorial do cuidado	M
45	Silva, Rosane Azevedo Neves da	Itinerários de construção de uma lógica territorial do cuidado	F
46	Camatta, Marcio Wagner	Matrix support in mental health in primary care: the vision of supporters and nurses	M
47	Guimarães, Andréa Noeremberg	Matrix support in mental health in primary care: the vision of supporters and nurses	F
48	Nasi, Cíntia	Matrix support in mental health in primary care: the vision of supporters and nurses	F
49	Oliveira, Gustavo Costa de	Matrix support in mental health in primary care: the vision of supporters and nurses	M
50	Pinho, Leandro Barbosa de	Matrix support in mental health in primary care: the vision of supporters and nurses	M
51	Schneider, Jacó Fernando	Matrix support in mental health in primary care: the vision of supporters and nurses	M
52	Torres, Maria Eduarda de Lima	Matrix support in mental health in primary care: the vision of supporters and nurses	F
53	Hirdes, Alice	Matrix support in mental health in Primary Health Care: Barriers and facilitating factors	F
54	Silva, Maira Kelly Rosa da	Matrix support in mental health in Primary Health Care: Barriers and facilitating factors	F
55	Vannucchi, Ana Maria Cortez	Modalidades tecnoassistenciais e atuação do médico psiquiatra no campo da Atenção Primária à Saúde, no contexto atual do Sistema Único de Saúde (SUS)	F
56	Carneiro Junior, Nivaldo	Modelos tecnoassistenciais e atuação do psiquiatra no campo da atenção primária à saúde no contexto atual do Sistema Único de Saúde, Brasil	M
57	Vannucchi, Ana Maria Cortez	Modelos tecnoassistenciais e atuação do psiquiatra no campo da atenção primária à saúde no contexto atual do Sistema Único de Saúde, Brasil	F
58	Hirdes, Alice	O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde	F
59	Scarparo, Helena Beatriz Kochenborger	O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde	F

Nº	Autores	Título do estudo	Sexo
60	Gomes, Lucia Macedo Duarte	O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a integralidade na atenção básica em saúde mental em um Município da região serrana do Rio de Janeiro	F
61	Cartaxo, Carla Kalline Alves	O trabalho de enfermagem em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família	F
62	Costa e Silva, Joana Celine	O trabalho de enfermagem em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família	F
63	Oliveira, Francisca Bezerra de	O trabalho de enfermagem em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família	F
64	Silva, Victor Hugo Farias da	O trabalho de enfermagem em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família	M
65	Sanine, Patricia Rodrigues	Saúde mental e a qualidade organizacional dos serviços de atenção primária no Brasil	F
66	Silva, Letícia Isabel Ferreira	Saúde mental e a qualidade organizacional dos serviços de atenção primária no Brasil	F
67	Campos, Rosana Onocko	Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?	F
68	Figueiredo, Mariana Dorsa	Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?	F
69	Nóbrega, Maria do Perpétuo Socorro de Sousa	Saúde mental na atenção básica: anais do congresso brasileiro de enfermagem	F
70	Santos, Renato Eiji Bellocchi dos	Saúde mental na atenção básica: anais do congresso brasileiro de enfermagem	M
71	Morais, Ana Patrícia Pereira	Saúde mental na atenção básica: o desafio da implementação do apoio matricial	F
72	Barros, Sônia	Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família	F
73	Colvero, Luciana de Almeida	Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família	F
74	Correia, Valmir Rycheta	Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família	M
75	Ortega, Francisco	Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro	M
76	Wenceslau, Leandro David	Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro	M
77	Neves Filho, José Moura	Saúde mental, atenção primária e a estratégia Saúde da Família: a implantação de unidades básicas de apoio em saúde mental na região sul do município de São Paulo - um estudo de caso	M
78	Lemke, Ruben Artur	Um estudo sobre a itinerância como estratégia de cuidado no contexto das políticas públicas de saúde no Brasil	M
79	Silva, Rosane Azevedo Neves da	Um estudo sobre a itinerância como estratégia de cuidado no contexto das políticas públicas de saúde no Brasil	F

APÊNDICE B - Síntese de resultados por estudo

Estudo	Principais resultados dos estudos
1. SOUZA <i>et al.</i> (2007)	<p>1.1. O estudo, que versa sobre a saúde mental no Programa de Saúde da Família, destaca a escassez de formação, treinamentos e/ou atualizações em saúde mental para profissionais da enfermagem, o que resulta em dificuldades para desenvolver ações nesta área e acompanhar as mudanças demandadas nas diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira.</p> <p>1.2. Ausência de atividades específicas voltadas à saúde mental no contexto avaliado.</p>
2. MACHINESKI <i>et al.</i> (2009)	<p>2.1. O estudo, que consiste em uma análise literária sobre a percepção dos usuários em relação às práticas de saúde, avalia que a integralidade do cuidado, a resolutividade dos problemas de saúde no atendimento e a participação dos usuários em movimentos organizativos são desafios centrais para o adequado funcionamento da relação saúde mental e atenção primária em saúde.</p> <p>2.2. Percepções distintas dos usuários sobre a aplicação das diretrizes integralidade, acolhimento e vínculo no cotidiano da prestação de cuidados. Parte se diz satisfeita e parte insatisfeita com o praticado pelos profissionais de saúde. O estudo associa a ausência dessas diretrizes à falta de condições de trabalho dos profissionais (formação, contexto organizacional, remuneração).</p> <p>2.3. Baixa resolutividade. Usuários da UBS se deslocam a outros serviços em busca da satisfação de necessidades em saúde mental não contempladas na atenção primária em saúde.</p> <p>2.4. A participação dos usuários nos serviços de atenção primária em saúde é definida como incipiente.</p>
3. FIGUEIREDO; CAMPOS (2009)	<p>3.1. O estudo sobre saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP, destaca que o apoio matricial se mostra efetivo quanto ao objetivo de deslocar o cuidado em saúde mental do núcleo especializado para o fazer das equipes de atenção primária. Como resultados desse movimento, aponta para um conceito de saúde mental menos compartimentalizado e para o fator de corresponsabilização das equipes pelos casos. Contudo, o estudo também destaca que, nas equipes de atenção primária, ora predomina a fragmentação, sendo preponderantes as intervenções especializadas e individuais, e ora se evidencia a corresponsabilização pelos casos.</p> <p>3.2. O apoio matricial contribui para a diversificação das práticas de saúde mental, dos consultórios para o território.</p> <p>3.3. O apoio matricial reorienta a assistência em saúde mental, que se desloca dos serviços e seus cardápios de programas e ofertas (núcleo especializado), para as necessidades dos sujeitos, famílias, território e rede de relações.</p> <p>3.4. A construção dos Projetos Terapêuticos Singulares, princípio herdado da Reforma Psiquiátrica Brasileira, vem sendo incorporada às práticas da atenção primária.</p> <p>3.5. O estudo associa a falta de formação em saúde mental e a dificuldade em intervir fora do campo especializado (procedimentos e medicalização) por parte dos profissionais das equipes.</p> <p>3.6. Aumento da resolutividade associado à ampliação do campo de intervenção em saúde mental para além do paradigma biomédico.</p> <p>3.7. A autonomia, a convivência e a cidadania como princípios da reabilitação psicossocial são termos que circulam entre as equipes e são caros a elas.</p>

Estudo	Principais resultados dos estudos
4. SILVEIRA (2009)	<p>4.1. Este estudo descritivo sobre saúde mental na atenção básica destaca que a abertura da política de saúde mental para serviços substitutivos, como os de atenção primária em saúde, promoveu rupturas com a lógica manicomial.</p> <p>4.2. A atenção primária em saúde, contudo, não tem respondido com efetividade, qualidade e resolutividade às demandas de saúde mental. A rede de atenção à saúde mental ainda se constitui de forma afastada da rede configurada na atenção primária (compartimentalização).</p> <p>4.3. Profissionais das equipes de atenção primária em saúde não estão familiarizados com o universo da saúde mental, sua lógica e linguagem, o que limita, muitas vezes, suas ações. Isso culmina na demanda aumentada por profissionais especialistas em saúde mental nas unidades deste nível.</p> <p>4.4. A escuta, o vínculo, o respeito à singularidade por parte das equipes são, contudo, potenciais articuladores da implementação de ações de saúde mental na atenção primária.</p>
5. MORAIS (2010)	<p>5.1. O estudo, que trata do tema saúde mental na atenção básica e o desafio da implementação do apoio matricial, aponta o matriciamento como propiciador da corresponsabilização das equipes pelas decisões, organização da agenda da Unidade de Saúde, organização e triagem da demanda e sensibilização e compromisso. O matriciamento figura como forma de romper com a lógica de encaminhamentos e fragmentação/compartimentalização do cuidado.</p> <p>5.2. Os limites do matriciamento se evidenciam quando há poucos profissionais e pouco envolvimento/comprometimento e valorização de sua parte em incorporar as ações de saúde mental na atenção primária.</p> <p>5.3. Preponderância do saber psiquiátrico, do paradigma biomédico/da doença mental e da cultura da medicalização na saúde mental.</p> <p>5.4. Faltam práticas mais autônomas, comprometidas e críticas ao papel da atenção primária na saúde mental.</p> <p>5.5. A atenção primária se ocupa daqueles considerados casos leves de saúde mental, enquanto que os considerados casos graves acabam por ser encaminhados aos CAPS. No entanto, evidencia-se o diálogo das equipes CAPS e atenção primária para a discussão dos melhores encaminhamentos.</p> <p>5.6. Descontinuidade do cuidado. É atribuída à organização do serviço, à influência do modelo biomédico e à falta de formação para a saúde mental por parte das equipes de atenção primária.</p> <p>5.7. Falta de formação em saúde mental dos profissionais para escuta e orientação aos usuários.</p> <p>5.8. Dificuldade para implementar grupos terapêuticos e ações complementares (não medicamentosas, grupais ou individuais) e sobrecarga de atividades na UBS, o que dificulta a adequada inserção da saúde mental na atenção primária.</p>
6. ALMEIDA (2010)	<p>6.1. O estudo acerca do acolhimento e tratamento de pessoas com esquizofrenia na Atenção Básica segundo a visão dos gestores, terapeutas, familiares e pacientes destaca o discurso preponderante de que os terapeutas da Atenção Básica não teriam capacitação/formação/habilitação suficientes para acolher e tratar pessoas com doença mental grave, em casos leves ou compensados. As justificativas incluem a falta de capacitação dos terapeutas, de supervisão adequada, de estrutura física das unidades de saúde, de medicamentos e materiais, o número de técnicos, a falta de retaguarda, de</p>

Estudo	Principais resultados dos estudos
	<p>escuta qualificada, além da sobrecarga de trabalho dos profissionais e ausência de um sistema de referência bem construído.</p> <p>6.2. A possibilidade de construção do vínculo, da clínica ampliada e o território (proximidade serviço-domicílio do paciente) são pontos positivos mencionados para o tratamento de pacientes mentais graves na Atenção Básica.</p> <p>6.3. A presença da Reforma Psiquiátrica Brasileira no trabalho em saúde mental na atenção primária se evidencia nos discursos que mencionam as potenciais contribuições para a melhoria da qualidade e resolutividade dos tratamentos e na identificação de mecanismos para modificações de posturas estigmatizantes no trato com os doentes e a doença mental.</p>
7. NEVES FILHO (2010)	<p>7.1. Neste estudo de caso sobre saúde mental, atenção primária, estratégia de Saúde da Família e implantação de unidades básicas de apoio em saúde mental na região sul do município de São Paulo, evidenciou-se a necessidade de maior supervisão e formação dos profissionais, com destaque para educação permanente no próprio contexto do trabalho.</p> <p>7.2. Potencial para mudança dos processos e práticas de trabalho em saúde mental, estimulado pelo matriciamento, com vistas a facilitar vínculos e cuidados com os usuários e a integralidade das ações de saúde mental entre os profissionais de diferentes níveis de atenção.</p> <p>7.3. Burocratização do trabalho e da baixa permeabilidade das equipes às ações de maior escuta e acolhimento.</p> <p>7.4. Ausência de ações de prevenção e promoção da saúde mental no cotidiano das unidades de saúde, a despeito das diretrizes apregoadas e das motivações dos profissionais.</p> <p>7.5. Precária integralidade do cuidado entre os demais níveis de atenção e atenção primária.</p> <p>7.6. Crescimento expressivo do acesso e de ações de saúde em geral, principalmente pela maior oferta de serviços médicos para a chamada demanda espontânea com impactos na ESF. Percebeu-se, no entanto, evidências de uma demanda reprimida no que tange ao nível de atenção especializada, notadamente em saúde mental.</p> <p>7.7. Dependência e centralidade do paradigma biomédico nas concepções e práticas de saúde dos profissionais entrevistados e na relação com os usuários, evidenciada na ênfase destinada à assistência individual.</p> <p>7. 8. Desarticulação e falta de integralidade: “encaminhoterapia” para demais níveis de atenção, o que provoca desgaste no cotidiano e na legitimação social do trabalho desenvolvido por esses profissionais especialistas.</p>
8. CORREIA <i>et al.</i> (2011)	<p>8.1. Este estudo, sobre a saúde mental na atenção básica e a prática da equipe de saúde da família, evidencia que embora a visita domiciliar seja um dos principais atributos do cuidado nesse nível da atenção, ela não é comumente alinhada aos preceitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Presta-se, sobretudo, aos objetivos do cuidado centrado no paradigma biomédico e na lógica de medicalização (controle do uso da medicação, principalmente).</p> <p>8.2. Internações domiciliares como alternativa de cuidado mais humanizado em detrimento das internações em hospital geral indiscriminadas.</p> <p>8.3. No que diz respeito ao vínculo e continuidade do cuidado, o estudo aponta a falta</p>

Estudo	Principais resultados dos estudos
	<p>de formação e preparo das equipes para o acolhimento em saúde mental.</p> <p>8.4. A assistência ao doente mental fica a critério de decisões do profissional ou da decisão política do gestor, o que aponta para a desarticulação das equipes.</p>
9. OLIVEIRA <i>et al.</i> (2011a)	<p>9.1. Este estudo sobre atuação em saúde mental na Estratégia Saúde da Família aponta para resultados como a percepção de desarticulação entre rede básica e de saúde mental. Problemáticas indiscriminadas de saúde mental são comumente direcionadas ao CAPS em detrimento do acompanhamento de atenção primária.</p> <p>9.2. Embora haja convergência de princípios da atenção primária e saúde mental na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, tais princípios ainda precisam ser colocados em prática pelas equipes de saúde da família e saúde mental.</p> <p>9.3. Ausência de práticas de saúde mental no cuidado ofertado pela equipe de atenção primária.</p> <p>9.4. Ao mesmo tempo em que há a crença arraigada em grande parte de familiares e profissionais de que a internação psiquiátrica é a principal via de cuidado em saúde mental, o estudo também identifica que alguns profissionais trazem em seu discurso a importância do acolhimento em saúde mental como prática das equipes.</p> <p>9.5. Ausência de planejamento e de ações de saúde mental direcionadas para a atenção básica.</p> <p>9.6. Preconceito à pessoa com transtorno mental, percebida pelas equipes como insegura, estranha e instabilizadora da rotina de trabalho.</p> <p>9.7. Falta de recursos humanos capacitados para o trabalho em saúde mental na maioria das equipes das ESF.</p>
10. OLIVEIRA <i>et al.</i> (2011b)	<p>10.1. Este estudo sobre o trabalho de enfermagem em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família aponta como resultado a desarticulação entre a ESF e os serviços de referência em saúde mental, como os CAPS.</p> <p>10.2. Suporte/supervisão dos profissionais de saúde mental à equipe da ESF se revela inexistente no estudo.</p> <p>10.3. Trabalhadores operam com conceitos psiquiátricos fundamentados no paradigma biomédico (centrado na doença e na medicalização).</p> <p>10.4. O estudo aponta para a necessidade de uma política pública local de capacitação e sensibilização do papel social da enfermagem na saúde coletiva e na saúde mental. Destaca a necessidade de formação permanente e atualização das equipes em saúde mental, em conformidade com a Reforma Psiquiátrica Brasileira e saúde coletiva.</p>
11. VANNUCCHI (2011)	<p>11.1. Estudo sobre modalidades tecnoassistenciais e atuação do médico psiquiatra na atenção primária em saúde, no contexto atual do Sistema Único de Saúde (SUS). Aponta, dentre os resultados, as dificuldades de aplicação do conceito de corresponsabilização, o excesso de atendimentos individuais e pouco trabalho em equipe acerca dos casos de saúde mental ou outras estratégias que não o atendimento individual.</p> <p>11.2. As condições de trabalho para o psiquiatra que atua no NASF são percebidas como muito precárias, pela falta de tempo para se dedicar às ESF e pela logística do trabalho, já que os membros do NASF não têm um lugar concreto nas UBS para exercerem suas funções.</p> <p>11.3. Burocratização do trabalho (excesso de formulários) ocupa tempo significativo do profissional psiquiatra, que não resta para atendimentos à população e equipes.</p>

Estudo	Principais resultados dos estudos
	<p>11.4. A aproximação do objeto da saúde mental e as manifestações de sintomas que fogem da dimensão biológica do processo saúde-doença demandam do psiquiatra uma atuação não necessariamente específica, que, na sua visão, poderia ser respondida por outros profissionais, o que também traz tensões na relação com a equipe. Preponderância do saber psiquiátrico e biomédico.</p> <p>11.5. Resistência das equipes em aderirem ao matriciamento, segundo os médicos psiquiatras, por não perceberem que os objetos de trabalho localizam-se em diversos “lugares”: na manutenção da cidadania e autonomia da pessoa com transtorno mental, para além da doença, na manutenção da intersecção da saúde mental com as outras áreas do serviço e na atenção para as necessidades dos demais profissionais. Atuação centrada na doença e no paradigma biomédico.</p> <p>11.6. A concentração da atuação do psiquiatra apenas no apoio das equipes de APS é entendida como um esvaziamento de sentido da sua prática como profissional pelas equipes. Essa é uma questão importante, quando considera-se que na medicina, é regra e não exceção o contato direto com o paciente.</p>
12. LEMKE; SILVA (2011)	<p>12.1. Esse estudo sobre a itinerância como estratégia de cuidado no contexto das políticas públicas de saúde no Brasil, aponta como um dos resultados as práticas itinerantes passaram a ter uma importância estratégica no campo delicado de articulação entre as políticas de saúde mental e atenção básica.</p> <p>12.2. Pelo acoplamento das racionalidades do modelo sintomatológico e biomédico, as práticas itinerantes correm o risco de carregar vícios higienistas e funcionarem como uma peça do aparelho do Estado no controle das populações e no silenciamento das diferenças incômodas, ao embrenhar-se numa postura de busca ativa, com fluidez no território de vida dos usuários.</p> <p>12.3. No território as relações de poder tendem a ser mais móveis, reversíveis e instáveis, assim como as estratégias de resistência mais complexas, porque o usuário é um sujeito político e o território é uma arena de lutas, onde há conflitos, jogos de força e diferentes regimes de sociabilidade.</p>
13. PAULA <i>et al.</i> (2012)	<p>13.1. Estudo sobre ações necessárias no setor público para melhorias na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes no Brasil. Dentre os resultados, destaca a necessidade de prestação do cuidado em saúde por meio de um serviço de saúde geral, não associado principalmente à doença mental. Segundo o estudo, essa estratégia pode ser vantajosa por provavelmente se associar a níveis mais baixos de preconceito e estigma e a taxas mais altas de engajamento com famílias para prevenção, início e manutenção de tratamentos de saúde.</p> <p>13.2. Nas Unidades Básicas de Saúde, visitas regulares e/ou check-ups são enfatizados durante parte ou toda a infância e a continuidade do cuidado (vários retornos ao mesmo local durante um período de tempo bastante curto) pode facilitar uma sensação de vínculo de conforto e confiança com o pessoal da clínica.</p> <p>13.3. Os serviços existentes, principalmente as Unidades Básicas de Saúde, podem ser considerados como potenciais recursos alternativos para abordar problemas menos graves de saúde mental de crianças e adolescentes, enquanto o CAPSi atenderia jovens com deficiências incapacitantes.</p> <p>13.4. Com bons mecanismos de referência entre os serviços, as crianças com questões graves que precisam de serviços mais intensivos podem ser atendidas no CAPSi. Uma vez que suas condições melhoram, retornam aos serviços básicos.</p>
14. RODRIGUES;	14.1. Estudo sobre interlocução da saúde mental com atenção básica no município de

Estudo	Principais resultados dos estudos
MOREIRA (2012)	<p>Vitória/ES. Aponta como resultado que o diálogo sobre a saúde mental na atenção básica é ainda incipiente e manifestado falta de capacitação dos profissionais quanto ao que é apregoado pela Reforma Psiquiátrica Brasileira e ao que é praticado dentro da unidade no que tange aos usuários com transtorno mental.</p> <p>14.2. Lógica dos especialismos: os profissionais consideram que o usuário, ao procurar por um serviço com uma questão de saúde mental, precisa ser ouvido necessariamente pelo psicólogo ou atendido pelo psiquiatra para prescrição de medicamentos.</p> <p>14.3. O trabalho do psicólogo na atenção primária é marcado por modelo clínico de atendimento individual e de longo acompanhamento.</p> <p>14.4. Não há a preocupação neste nível da atenção quanto à formulação de um plano de cuidados a partir de uma visão que preze pela integralidade.</p> <p>14.5. Muitos profissionais que estão atuando neste nível não se sentem capacitados para atender os problemáticas de “saúde mental” e se restringem ao manejo que envolve a medicalização.</p> <p>14.6. Ao mesmo tempo em que a atenção básica se mostra um ponto estratégico para a ampliação do olhar sobre o sujeito, o contexto é de prevalência da utilização e acompanhamento de medicamentos.</p> <p>14.7. O acolhimento do sofrimento é visto como incumbência do psiquiatra e, conseqüentemente, é associado à medicalização. Com isso, a doença do sujeito é colocada em evidência. Modelo hospitalocêntrico e de especialismos, dificultando o estabelecimento de vínculo e a corresponsabilização das pessoas.</p> <p>14.8. A relação entre atenção primária e saúde se expressa predominantemente pelo apoio matricial para as unidades de saúde. Porém, de forma geral, há a abertura para a comunidade e um movimento contextualizado com a realidade de cada usuário. Nesse sentido, são apontadas outras atividades realizadas muitas vezes dentro das unidades de saúde, inserção em ações culturais e esportivas e comunicação com a rede de serviços.</p> <p>14.9. Há regiões em que as reuniões com os profissionais do apoio matricial ocorrem com a participação de diversos profissionais. Mas há aquelas com a participação apenas da psicologia (especialismo), que, em meio ao cansaço e à frustração, continua investindo na tarefa porque acredita, insistindo em discutir os casos, em apontar para a equipe as corresponsabilidades com os usuários inseridos na sua área de atuação. No entanto, esse processo de convencimento tem causado desgaste para alguns trabalhadores. Por isso, alguns profissionais demonstram desânimo e frustração diante da sua realidade, referindo-se ao trabalho em equipe como um eterno começo.</p> <p>14.10. Se antes alguns usuários se encontravam aprisionados dentro de suas casas, hoje eles já circulam (em alguns casos apenas para pegar a medicação, mas circulam). Territorialidade do cuidado.</p> <p>14.11. Dados do Datasus sobre as internações psiquiátricas dos moradores de Vitória indicam bons resultados após a aproximação com a atenção básica, favorecida pela implementação do apoio matricial. Na comparação da média do período de 1998 e 2007 com o ano de 2008, a redução do total dessas internações foi de 46%. De 2007 para 2008 a redução foi de 33% e de 2008 para 2009.</p>
15. VANNUCCHI; CARNEIRO JÚNIOR (2012)	15.1. Estudo com os mesmos resultados apresentados para o estudo 11. Artigo oriundo dos resultados da dissertação correspondente.
16. SOUZA (2012)	16.1. Estudo acerca das estratégias de inclusão da saúde mental na atenção básica no

Estudo	Principais resultados dos estudos
	Rio de Janeiro. Aponta como um dos resultados a necessidade de ampliação da saúde mental na atenção primária em saúde com vistas à realidade de poucos serviços especializados em saúde mental.
	16.2. Outro resultado aponta para o fato de que a saúde mental na atenção básica é um movimento que acontece em consonância com a diretriz da política pública nacional de saúde mental, com as premissas da Reforma Psiquiátrica.
	16.3. Evidencia a possibilidade de construção de novas formas de cuidado em saúde mental, pautadas na solidariedade, na autonomia e cidadania dos usuários, nas relações dialógicas e que apostam, sobretudo, na inserção do louco, da loucura na sociedade
	16.4. A gerência de Atenção Psicossocial do município do Rio de Janeiro aponta o apoio matricial como a principal tecnologia de gestão adotada para promover a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica.
	16.5. O apoio matricial vem sendo implantado na perspectiva de formação de pessoas, da rede de cuidado, visando a qualificar as equipes da atenção básica para um cuidado pautado em integralidade em saúde mental. Ele tem acontecido de diferentes maneiras nas unidades de saúde pesquisadas: por meio de discussão conjunta de casos, atendimento compartilhado, visita domiciliar conjunta, supervisão por parte do profissional especialista, e ainda cabe destacar modalidades que surgem em decorrência das urgências cotidianas, como a orientação via telefone em caso de situações de risco social.
	16.6. Um grande desafio dessa articulação reside no preconceito e estigma da periculosidade do louco, ainda presente no imaginário dos profissionais de atenção básica. Faz-se urgente desenvolver ações que busquem produzir transformações nos modos em que a sociedade lida com a loucura, com o louco e com a diferença, nas relações existentes entre a concretude da população que produz e repele a loucura. Sendo assim, é preciso intervir no espaço das relações, da vida das pessoas para avançar em direção ao objetivo da Reforma Psiquiátrica, que é o de promover mudanças culturais acerca da loucura e garantir outros trânsitos para a loucura nas cidades. Tem-se nessa estratégia uma possibilidade de produzir essas almeçadas mudanças, avançando no processo de desinstitucionalização. Entretanto, é premente uma mudança de atitude profissional diante do fenômeno da loucura.
	16.7. Outro desafio a ser transposto consiste na intersectorialidade das práticas. Constataram-se dissonâncias entre as diretrizes da política de saúde mental e o cotidiano dos serviços e das práticas, assim como desarticulação com os demais recursos do território.
	16.8. Para a integralidade do cuidado em saúde mental, incluindo ações na atenção básica, é preciso transcender a fronteira setorial; a visão do processo saúde-doença característica do modelo biomédico ainda hegemônico na saúde, rompendo o gueto da saúde mental em direção a um cuidado em saúde no território.
	16.9. Outro nó crítico se relaciona com a questão da formação para o trabalho em redes de atenção no Sistema Único de Saúde. É preciso reafirmar a necessidade de formar pessoas para o trabalho articulado entre saúde mental e atenção básica. Para tanto, enfatiza-se a importância de mudança na formação universitária, melhoria na educação e da formação para a prática de atenção em saúde consonantes aos princípios do SUS.
	16.10. A burocratização figura como impasse a ser superado, assim como os encaminhamentos frios, marcados pela falta de corresponsabilização entre equipes e profissionais, o que se coloca na contramão do trabalho que tem como princípio a

Estudo	Principais resultados dos estudos
	<p>construção e manutenção dos vínculos entre equipes, serviços, usuários e familiares</p> <p>16.11. Questões relacionadas à referência e contrarreferência também precisam ser redimensionadas. É preciso considerar até que ponto o engessamento ou banalização desta prática não se torna um impeditivo do acesso dos usuários aos serviços de atenção em saúde e não implica a desresponsabilização pela demanda, fato este contrário ao preconizado pelo processo de Reforma Psiquiátrica.</p> <p>16.12. Os serviços de atenção básica não se responsabilizam pelos cuidados que lhes compete oferecer, nos quais estão incluídos os cuidados em saúde mental. Para o estreitamento das ações compartilhadas é necessária a ampliação de espaços e fóruns de discussão para a implantação de um processo de trabalho pautado em corresponsabilidade.</p> <p>16.13. Questões relacionadas à gestão, como a indefinição de diretrizes de trabalho a serem adotadas pelos serviços são identificadas.</p> <p>16.14. Questões relacionadas ao subfinanciamento da rede territorial em saúde mental são identificadas.</p> <p>16.15. Centralidade da doença: Pouca plasticidade das práticas de cuidado e dos serviços de saúde, pouco centradas no usuário.</p> <p>16.16. Foram identificadas novas tecnologias de cuidado materializadas nos atendimentos compartilhados, visitas e acompanhamentos domiciliares conjuntos, atividades no território como atividades conjuntas em dispositivos no território.</p>
17. SCHMIDT (2013)	<p>17.1. Estudo sobre atenção básica e saúde mental e as experiências e práticas do Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa. Resultados apontam que com o advento dos CAPS, destinados às pessoas com “transtornos graves” há preocupação com o atendimento da maioria da população que sofre com “transtornos moderados ou leves”. Percebe-se que o avanço do Programa de Saúde da Família (PSF), a partir de 2001, na cidade de São Paulo, tende a retirar as equipes de saúde mental das unidades básicas ou, o que dá no mesmo, tende a fazer desaparecer a saúde mental como atenção primária.</p> <p>17.2. A coordenação do serviço de atenção básica onde foi realizado o estudo percebe que usuários que ficaram desassistidos devem ser cuidados pelas equipes de PSF, contando com o apoio dos profissionais de saúde mental como retaguarda. Trata-se do modelo de matriciamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) que deverão se articular em torno de duas práticas principais, juntando equipes de PSF e especialistas: supervisão e discussão de casos e corresponsabilidade em alguns atendimentos.</p> <p>17.3. Na atenção básica, a saúde mental matricia principalmente médicos, enfermeiros e agentes comunitários numa perspectiva biomédica/médico-assistencialista, ou seja, a saúde mental reduz-se a um especialismo médico.</p> <p>17.4. A saúde mental como matriciadora do PSF corre o risco de só poder oferecer ou sugerir remédio (medicalização) e “vida social” (participação em atividades socializantes dos mais diversos tipos).</p> <p>17.5. O matriciamento corre o risco de tornar-se atendimento em saúde mental, porque os profissionais da área podem ficar tentados a assumir a prestação de serviço no lugar das equipes de PSF “despreparadas” para tal empreitada ou porque os próprios profissionais de saúde mental não obtiveram formação para atuar no território como apoiadores.</p>

Estudo	Principais resultados dos estudos
	17.6. Experiência dupla: de um lado, o atendimento da população em geral, atendimento que vem se tornando mais psiquiátrico, medicamentoso, conservando, contudo, grupos de terapia ocupacional e alguma agenda para psicoterapias individuais; de outro, a relação com os Agentes Comunitários de Saúde.
18. LEMKE; SILVA (2013)	<p>18.1. Práticas dos acompanhantes terapêuticos, dos Agentes Comunitários de Saúde e dos redutores de danos figuram como articuladoras das políticas de Saúde Mental e Atenção Básica</p> <p>18.2. A Redução de Danos figura enquanto uma estratégia importante de articulação das políticas de saúde mental e de atenção básica, pelo seu potencial de construir redes, pela flexibilidade nos modos de trabalho e pelo respeito às subjetividades e aos direitos humanos.</p>
19. GOMES (2013)	<p>19.1. Acredita-se que as ações ocorrem de modo sistematizado, mas na opinião dos próprios profissionais da Estratégia de Saúde da Família elas precisam ser mais voltadas para a promoção da saúde. As equipes parecem já ter superado as dificuldades de aceitação, da atuação diferenciada do NASF, mas o trabalho ainda esbarra nas influências do modelo biomédico, centrado na doença e no tratamento, com a valorização de consultas individuais, realizadas quase que como único modo de fazer clínica, pelos médicos das ESF.</p> <p>19.2. A estratégia essencial do NASF, que é a superação do modelo biomédico, se mostra possível e real. A equipe é formada por médicos que não só são referências para os profissionais da Estratégia de Saúde da Família, mas que também têm procurado transformar sua prática para contribuir com esta nova realidade. A equipe realiza outras tecnologias do cuidado, como interconsultas, visitas domiciliares, realiza grupos, enfim, faz Apoio Matricial, sob a ótica da Clínica Ampliada. No entanto, ainda encontra muita resistência dos médicos que compõem as equipes da Estratégia de Saúde da Família.</p> <p>19.3. A lógica da desinstitucionalização é percebida pelo não uso, no momento, dos leitos psiquiátricos em hospitais gerais.</p> <p>19.4. No que se refere, especificamente, à atenção básica em saúde mental, o desafio está no fato de promover mudanças e discussões necessárias para a promoção das ações de saúde junto ao território.</p> <p>19.5. Como resultado desponta a necessidade de fortalecimento do matriciamento como forma de fortalecer interface atenção básica-saúde mental</p>
20. WENCESLAU; ORTEGA (2015)	<p>20.1. Não ficam estabelecidos os limites de competência entre a atenção básica e os CAPS, havendo uma dupla porta de entrada no sistema para este perfil de demanda.</p> <p>20.2. O apoio matricial em saúde mental por intermédio dos NASF é o principal mecanismo, melhor fundamentado em portarias, para qualificar a ESF para este atendimento. Este fato, porém, provoca a dúvida se esta deveria ser a única, ou, mesmo, se é a melhor forma de promover esta qualificação. Os estudos nacionais evidenciaram a existência de diversas investigações sobre o tema, mas há pouca congruência nas perguntas orientadoras e nas metodologias.</p> <p>20.2. Tanto as publicações oficiais quanto as pesquisas apontaram para a necessidade de analisar a saúde mental como um campo isolável do funcionamento de toda a APS, um movimento político e epistêmico que não considera a necessidade de que, para que a própria integração com a saúde mental funcione, é necessária uma APS forte e estruturada preexistente, ou minimamente, em estruturação concomitante.</p>

Estudo	Principais resultados dos estudos
	<p>20.3. A presença de profissionais com formação própria para APS (médicos com especialização em medicina de família e comunidade e enfermeiros com especialização em saúde da família) é um diferencial na qualidade dos serviços de saúde mental. A necessidade de que a APS seja desenvolvida por profissionais especialistas em Medicina de Família e Comunidade/Saúde da Família é um dos fundamentos deste nível do sistema nos principais sistemas públicos universais de saúde do mundo, que adotam a APS como seu nível orientador e organizador, porém este é um tema que recebe pouca atenção nas publicações nacionais.</p>
<p>21. ANGELINI; CACCIA-BAVA (2015)</p>	<p>21.1. Doente mental é erroneamente apontado aquele que possui comportamentos agressivos, reações imprevisíveis e constrangedoras (preconceito e estigma). Ao falarem sobre o convívio social do doente mental, os estereótipos da incapacidade e da periculosidade apareceram.</p> <p>21.2. A mudança do modelo de atenção, em especial ao doente mental, é um grande desafio para as políticas públicas sobre o tema. Há reconhecimento por parte dos profissionais da necessidade de mudança, mas parece ser difícil mudar o foco de cuidado da doença para a pessoa e assim as ações, quando acontecem, são isoladas e desarticuladas.</p> <p>21.3. As intervenções baseadas em práticas nosológicas consideram somente “um” problema e quando há várias deficiências ou desvantagens, isso impede o diagnóstico de um paciente e dificulta a inclusão dele em um programa específico de saúde (integralidade).</p> <p>21.4. Complexidade do cuidado às pessoas em seus contextos de vida. Exigência de adequações constantes e Projetos Terapêuticos Singulares. Por outro lado, a multiplicidade dos vínculos e dos acontecimentos nos espaços onde as pessoas vivem (territorialidade) podem ser exploradas e podem gerar uma produção de cuidado mais comprometida com os sujeitos de forma mais integral.</p> <p>21.5. Corresponsabilização: o “fazer junto” como desafio para as equipes de APS.</p> <p>21.6. O desejo de cuidar, mas “não saberem por onde começar”, foi relatado.</p> <p>21.7. Tendência a ações pontuais de alívio dos sintomas agudos na tentativa de resolver um problema crônico. Doença, e não o sujeito, fica em evidência, o que favorece a cristalização das ações de cuidado centradas nos procedimentos e não nas pessoas. Desafio da integralidade.</p> <p>21.8. A exploração de outras tecnologias de cuidado como grupos, atendimentos no domicílio, atividades e articulações no território favorecem a transformação do processo de trabalho da equipe, mas sem que possam operar de um novo modo, a atitude de ouvir o outro, de ficar mais próximo perde prioridade diante da grande demanda na unidade.</p> <p>21.9. O papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS) foi considerado como um recurso potente da equipe, pois ele tem a oportunidade de se vincular e conhecer outras necessidades que não estejam restritas a uma determinada doença. Ao fazer isso, vai além dos recursos institucionalizados e oferece uma atenção integral desenvolvendo papel fundamental no processo de cuidado na perspectiva da desinstitucionalização proposto pela política de saúde mental.</p>
<p>22. HIRDES; SCARPARO (2015)</p>	<p>22.1. A integração da saúde mental na atenção primária em saúde, apesar de desejável, enfrenta diferentes forças que se contrapõem e que se situam no âmbito profissional (generalistas e especialistas), político, ideológico, epistemológico e de gestão. É um processo complexo, em razão de diferentes saberes, poderes e desejos, de diferentes</p>

Estudo	Principais resultados dos estudos
	<p>atores, estarem em jogo</p> <hr/> <p>22.2. Os recursos humanos são percebidos como fundamentais, o bem mais valioso para a inclusão da saúde mental na APS.</p> <hr/> <p>22.3. O apoio matricial em saúde mental demanda a tecitura de uma rede de pessoas e serviços e implica a construção de um processo de trabalho interdisciplinar/transdisciplinar.</p> <hr/> <p>22.4. A alocação de recursos financeiros pelo órgão gestor é parte importante do processo de interface entre saúde mental e atenção primária em saúde.</p>
23. HIRDES; SILVA (2017)	<p>23.1. Com base nas barreiras à execução do matriciamento, pode-se inferir que ele sobreviveu até o momento por motivação pessoal dos profissionais envolvidos. Essas motivações decorrem do alinhamento entre princípios e valores pessoais e profissionais, o perfil profissional, o desejo de trabalhar na comunidade e a inclinação natural dos profissionais para o trabalho com a saúde pública.</p> <hr/> <p>23.2. Entre os fatores que dificultam o apoio matricial, foram relatadas dificuldades de gestão no que diz respeito à falta de apoio institucional e mudanças de governo.</p> <hr/> <p>23.3. Outra barreira se deve ao fato de a equipe gestora não reconhecer que o apoio matricial pode reduzir a necessidade de encaminhamentos para serviços especializados.</p> <hr/> <p>23.4. Os fatores epistemológicos estão relacionados à dificuldade dos profissionais, principalmente os que atuam na UBS, em lidar com os transtornos mentais no território.</p> <hr/> <p>23.5. Processos de trabalho fragmentados e calcados em especialismos. A diferente organização dos processos de trabalho nas UBS (gestão) e a rotatividade profissional foram relatadas como fatores que interferem no sucesso da implementação do apoio matricial. O presente estudo mostrou que uma abordagem viável adotada nessas unidades foi a identificação de um profissional com o desejo de ser referência em saúde mental.</p> <hr/> <p>23.6. Implantação de grupos terapêuticos como importante estratégia de descentralização.</p>
24. GARCIA <i>et al.</i> (2017)	<p>24.1. Desconhecimento do conceito de matriciamento ou sua distorção. A distorção ocorre quando o que motiva a implantação de equipes do NASF não é o seu potencial de transformação da atenção, mas uma mera forma de financiar a presença de profissionais especializados na atenção básica, desvinculado da discussão sobre modelos de atenção.</p> <hr/> <p>24.2. Nos municípios onde o matriciamento constitui-se como uma realidade, há mais integralidade da assistência e a efetivação de um trabalho em rede. O esclarecimento – por parte de profissionais e gestores - acerca do conceito do matriciamento e a compreensão de seu potencial transformador das práticas de atenção é de fundamental importância para a sua efetivação.</p> <hr/> <p>24.3. Como potencialidade, destacam-se os movimentos em direção à constituição do matriciamento em municípios que ainda não efetivaram sua implementação, mas percebem a necessidade e constituem projetos para sua concretização.</p> <hr/> <p>24.4. Necessidade de ampliar o conceito de saúde e doença mental, fazendo com que haja compreensão por parte dos serviços de saúde a respeito do papel da atenção básica dentro da assistência em saúde mental.</p>

Estudo	Principais resultados dos estudos
	24.5. Necessidade de as equipes matriciais assumirem a responsabilidade de suporte técnico à atenção básica principalmente no acolhimento às necessidades do usuário no momento de crise, buscando superar a lógica da especialização e da fragmentação do trabalho da própria área de saúde mental.
25. SANTOS; NÓBREGA (2017)	25.1. A produção científica investigada expõe diversos caminhos que a enfermagem tem percorrido para distanciar-se do modelo ultrapassado de cuidado às pessoas com transtorno mental, e indica que há um movimento no sentido de fortalecer a articulação de dois campos em construção para atingir os pressupostos das políticas vigentes.
26. YAMAGUTI (2018)	26.1. Percepção por parte dos participantes (profissionais de APS) de saúde mental como não pertencente à saúde em geral (desafio da integralidade).
	26.2. Sobre a cisão entre ações tradicionais da atenção básica e saúde mental, um dos aspectos verificados foi a desqualificação do sofrimento mental do outro, como se a dor de outrem não mobilizasse responsabilidades e demandas de cuidado. De igual modo, os resultados sugerem que havia um desejo de que o doente mental e seu familiar ficassem longe da Unidade de Saúde, haja vista que a equipe tendia a delegar os cuidados a outras instâncias institucionais, à família da pessoa com transtorno mental e até, num retrocesso histórico, invocar manicômios de isolamento como soluções práticas.
	26.3. Especialismos: visão organicista da doença mental, atribuindo os cuidados em saúde mental predominantemente aos médicos.
	26.4. Encaminhamentos de casos mais graves ao CAPS, os quais não são considerados incumbência da APS. Os casos leves, como por exemplo os relacionados às perdas de familiares (luto) ou conflitos no relacionamento familiar e/ou no trabalho são encaminhados para outros serviços públicos ou privados.
	26.5. Muito embora a constatação de certa evitação às pessoas com transtorno mental e seus familiares, a equipe participante deste estudo havia elaborado um projeto orientado em prol da redução de danos de álcool e outras drogas, escrito no curso “Caminhos do Cuidado” oferecido pelo Centro Formador de Pessoal para a Saúde (CEFOR) de Osasco e região realizado no ano de 2014, e, apesar de o projeto não demandar novos recursos humanos tampouco financeiros, atribuíam aos gestores as dificuldades de implantação e execução. Basicamente o projeto previa que empreendessem esforços na direção da Clínica Ampliada e na construção de projetos terapêuticos singulares baseados na lógica da redução de danos, com maior envolvimento e articulação com a rede de saúde, em especial com a rede de SM. Projetos subsumidos diante das rotinas assistenciais.
27. MILIAUSKAS (2019)	27.1. Ao se analisar a relação entre oferta de atenção básica e taxas de internação, encontrou-se associação inversa e estatisticamente significativa para os grupamentos de álcool e outras drogas no sexo masculino em ambas as regiões metropolitanas e transtornos de humor no sexo feminino na Região Metropolitana do Rio de Janeiro.
	27.2. Os resultados apontaram um aumento das coberturas da atenção básica e CAPS e redução do número de leitos, tendências coerentes com o processo de implementação de serviços segundo a lógica da reforma psiquiátrica e sanitária, tais achados corroboram dados já apresentados por outros autores.
	27.3. A associação entre a redução do número de internações e o aumento da cobertura da atenção básica foi significativa para o grupamento dos transtornos por álcool e outras drogas no sexo masculino nas duas regiões metropolitanas e no grupamento dos transtornos de humor no sexo feminino na Região Metropolitana do RJ. Desta forma, é

Estudo	Principais resultados dos estudos
	<p>uma suposição razoável a de que o aumento da oferta e cobertura da atenção básica permitiria um maior número de usuários em sofrimento psíquico ter acesso aos serviços de saúde e tratamento e evoluir com menos frequência para agravamento do quadro e internação A lista brasileira de internação por condições sensíveis à atenção primária foi elaborada pelo Ministério da Saúde e tem o propósito de constituir mais uma ferramenta para avaliação da atenção primária no país. A lista atual não inclui condições ligadas à saúde mental, diferente das três versões brasileiras anteriores, provenientes de Minas Gerais, Ceará e Curitiba; tal exclusão se justificou pela complexidade do processo da reforma psiquiátrica no Brasil e da implantação heterogênea dos serviços de atenção psiquiátrica em diferentes regiões do país. É importante ressaltar que não existem consensos acerca de quais doenças devem fazer parte deste indicador e quais listas futuras devem considerar a inclusão de condições que passaram a ser objeto do ESF ao longo do desenvolvimento desta política.</p> <p>27.4. A associação entre o número de leitos e as taxas de internação não se mostrou estatisticamente significativa em todas as análises. Outros estudos também mostraram que a redução de leitos não foi suficiente para explicar a diminuição no número de internações, uma vez que os leitos fechados são prioritariamente de pacientes crônicos e, muitas vezes, moradores dos manicômios.</p>
28. OLIVEIRA <i>et al.</i> (2020)	<p>28.1. O estudo deflagra a falta de capacitação dos profissionais de atenção primária em saúde para acolhimentos das demandas de saúde mental (aspectos subjetivos do cuidar, como o manejo de crises, interação social e recursos terapêuticos, o que prejudica a edificação de uma ação integrada matriciamento/equipe de referência no território)</p> <p>28.2. Noção da equipe de enfermagem de inabilidade e falta de capacitação para acolhimentos de situações de saúde mental.</p> <p>28.3. Atravancamento do apoio matricial devido a elevada demanda de atendimentos na atenção básica, rede de saúde do território insuficiente e, principalmente, a dificuldade dos atores sociais se corresponsabilizarem pelas ações em saúde</p>
29. LIMA (2021)	<p>29.1. Ausência de tecnologias do cuidado em saúde mental. Chama a atenção o número de serviços que relataram não realizar atividades voltadas para pessoas em sofrimento relacionado à saúde mental, com destaque para a Região Norte, seguida da Nordeste. Tal resultado reforça as desigualdades associadas às condições socioeconômicas, historicamente existentes no país, e seus reflexos na organização dos serviços, incluindo os de atenção primária. No entanto, para além da localização regional dessas equipes, essa situação pode ser justificada pela falta de capacitação profissional, transversal à região. preocupa esse cenário, principalmente da região Norte, quando consideradas as carências, também, em relação aos outros níveis de atenção, como, por exemplo, dos CAPS, cuja concentração, nessa região, é a segunda com menor número de todo o país</p> <p>29.2. Sinaliza um modelo de atenção que se contrapõe à lógica da reforma psiquiátrica, privilegiando a centralização dessas demandas em serviços de maior complexidade, como nas instituições asilares e/ou hospitalares. Alguns estudos sugerem coerência com esses resultados ao identificarem pouca capacitação dos profissionais de saúde em relação às questões relacionadas à saúde mental</p> <p>29.3. Reforma psiquiátrica e políticas de saúde mental: <i>Gap</i> evidenciado entre as preposições dos documentos para a atenção ao sofrimento relacionado à saúde mental nos serviços de atenção primária em saúde e as práticas ofertadas pelas equipes, demonstrando o quanto, mesmo diante da existência de diretrizes que buscam avançar em uma abordagem integral e mais inclusiva desses usuários, essa, ainda, encontra-se</p>

Estudo	Principais resultados dos estudos
	<p>distante das rotinas dos serviços, reproduzindo antigos modelos de atenção.</p> <p>29.4. Sem aprofundar a discussão dos diferentes arranjos organizacionais sobre o modelo de atenção operacionalizado pelos serviços de atenção primária do país, eram esperadas baixas frequências no número de equipes com profissionais especialistas, uma vez que há uma certa indução, no Brasil, para a adesão de serviços do tipo saúde da família. Entretanto, assim como evidenciado no Estado de São Paulo, cabe ponderar que a existência desses profissionais demonstrou associação com o grupo de melhor desempenho, sugerindo que sua presença qualifica a atenção prestada à saúde mental.</p> <p>29.5. Expansão de arranjos híbridos do modelo saúde da família, ou seja, que não atendem rigorosamente os critérios organizacionais preconizados ou mesmo a transferência desse espaço de atuação dos médicos generalistas e/ou de saúde da família para os especialistas, como um reflexo da falta crônica de médicos nos serviços de APS e do próprio movimento de desconstrução de um compromisso com a expansão da saúde da família.</p> <p>29.6. Pouca qualificação/capacitação dos profissionais sobre o tema saúde mental.</p> <p>29.9. Quanto à participação em atividades de educação permanente, apesar de todos os avaliados informarem participar de tais atividades, não há demonstração de associação com o desempenho dos grupos de qualidade.</p> <p>29.10. As mudanças na política da saúde mental e no financiamento da atenção primária abriram precedência para um movimento de maior precarização, com redução das equipes que realizavam apoio matricial (CAPS e NASF), reforçando retrocessos nos avanços já alcançados em direção ao modelo ampliado de saúde mental que se almeja – com maior equidade e menor “medicalização” –, por meio de uma abordagem integral coordenada em rede pelos serviços de APS</p>
30. SANTOS (2021)	30.1. Sensação de despreparo e falta de qualificação dos profissionais para lidar com demandas de saúde mental, construindo um cuidado fragmentado, por vezes limitado à renovação de receitas (medicalização) e encaminhamentos para os serviços especializados.
31. SANINE; SILVA (2021)	<p>31.1. Atuação integrada entre atenção primária em saúde e a rede psicossocial, potencializada pela estruturação de espaços intersetoriais e uma dinâmica de matriciamento importante entre CAPS, NASF-AB e APS, como referido por outros estudos.</p> <p>31.2. Lacunas, como deficiência ou até mesmo a ausência do apoio matricial, processos de descontinuidade de assistência em alguns momentos e atuação autônoma dos CAPS, configuram uma via de mão dupla em que a APS necessita ampliar esforços para atingir seus objetivos e garantir uma assistência de forma integralizada e ampliada</p> <p>31.3. Em algumas situações, a atenção primária se estrutura para potencializar a atenção à saúde mental, atuando para minimizar as lacunas observadas. Essa realidade lacunar de estruturação da rede psicossocial instiga a busca de novas formas de atuação da atenção primária, na medida em que a demanda de cuidados ao paciente efetivamente ocorre neste nível de atenção.</p> <p>31.4. A atenção primária se organiza para propiciar um cuidado de acordo com as necessidades dos pacientes de saúde mental, com prioridade para o acolhimento desses pacientes e com especial ênfase na questão da adesão aos medicamentos (medicalização).</p> <p>31.5. A atuação dos Agentes Comunitário de Saúde se sobressai muito na área de saúde</p>

Estudo	Principais resultados dos estudos
	<p data-bbox="456 282 1396 383">mental, com a possibilidade de construção de vínculos efetivos, tornando-se fundamental para descortinar a realidade de pacientes graves. Configuram-se como atores importantes no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira.</p> <p data-bbox="456 394 1396 651">31.6. Apesar das dificuldades, diversas inovações em tecnologias do cuidado em saúde mental estão presentes no cotidiano das equipes de atenção primária: a abordagem de patologias advindas das redes sociais; a complexidade das ações intersetoriais em fóruns comuns com participação das equipes, envolvendo particularmente Conselhos Tutelares, Ministério Público e Polícia; a difícil discussão dos estigmas e preconceitos da saúde mental nos espaços privados e algumas práticas de encarceramento; a sistematização das altas dos CAPS e sua contrarreferência para a APS.</p> <p data-bbox="456 663 1396 931">31.7. No que se refere à emergência de novas normas ou sua reconfiguração, a partir das práticas, observou-se que a percepção dos profissionais atualiza os dilemas da Reforma Psiquiátrica Brasileira: a possibilidade do CAPS ser referido como novo lugar da loucura e os esforços que as equipes fazem para isto não se constituir; a maravilhosa atuação dos Agentes Comunitários desvendando os estigmas quanto à loucura nos espaços privados e abrindo estas grades, reafirmando a inclusão propiciada no âmbito da Reforma; a emergência de novas patologias repercutidas a partir das redes sociais, que desafiam o processo de estruturação da APS.</p>