DOI: 10.22278/2318-2660.2023.v47.n2.a3832

ARTIGO DE REVISÃO

ACESSO DOS USUÁRIOS DO SUS À ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS

Stefany Costa Silva[a]
https://orcid.org/0000-0002-3425-1276
Luciane Cristina Feltrin de Oliveira[b]
https://orcid.org/0000-0001-9842-5901

Resumo

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) sob influência do movimento da Reforma Psiquiátrica propôs um novo modelo para a atenção à saúde mental focado na Atenção Primária em Saúde (APS). Porém, a mudança do modelo de atenção ainda possui algumas barreiras de acesso dos usuários aos serviços de saúde. Esta pesquisa busca analisar a produção científica sobre o acesso dos usuários do SUS à atenção psicossocial. Trata-se de uma revisão integrativa, na qual foram usados os descritores: "acesso aos serviços de saúde" "atenção primária à saúde", "serviços de saúde mental" nas bases de dados da SciELO, Medline/PubMed e Lilacs, resultando na inclusão de 13 estudos. Os dados foram analisados de acordo com a análise temática de conteúdo, constituída pela pré-análise, pela exploração do material e pelo tratamento dos resultados obtidos/interpretação. Os resultados evidenciaram como a APS tem articulado o acesso à atenção psicossocial, bem como as dificuldades que enfrenta no uso das tecnologias leves para o manejo de transtornos mentais e sofrimento psíquico. E, no campo da atenção secundária e no acesso aos serviços da atenção psicossocial, existem dificuldades estruturais, físicas e sociais. Além disso, evidenciam-se lacunas na produção acerca do acesso às diferentes modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial e das residências terapêuticas. Assim, apesar do direito à saúde conquistado e da reorientação do modelo de atenção à saúde mental com foco na APS, esse nível de atenção ainda não consegue ser resolutivo.

Palavras-chave: Acesso a serviços de saúde. Serviços de saúde mental. Assistência à saúde mental.

[a] *Graduanda em Psicologia pela Universidade Estadual de Feira de Santana (Uefs). Feira de Santana, Bahia, Brasil. E-mail: s.c.silva_@outlook.com*

[b] *Professora Adjunta do curso de Farmácia da Uefs. Feira de Santana, Bahia, Brasil. E-mail: lcfoliveira@uefs.br*
Endereço para correspondência: Universidade Estadual de Feira de Santana. Avenida Transnordestina, s/n, Novo Horizonte. Feira de Santana, Bahia, Brasil. CEP: 44036-900. E-mail: lcfoliveira@uefs.br

Abstract

Created under the influence of the Psychiatric Reform movement, the Unified Health System (SUS) proposed a new mental health care model focused on Primary Health Care (PHC). But this change still poses some barriers for user access to health services. Thus, this integrative review analyzes scientific production on the access of SUS users to psychosocial care. Bibliographic search was conducted on the SciELO, Medline/PubMed and Lilacs databases using the following descriptors: "access to health services," "primary health care," "mental health services," resulting in a sample of 13 studies. Data were explored by thematic content analysis, which consist of pre-analysis, exploration of the material, and treatment/interpretation of the results obtained. Results revealed that PHC has been an articulator of access to psychosocial care, and unveiled its difficulties in using light technologies to manage mental disorders and psychological distress. Secondary care and access to psychosocial care services face structural, physical, and social difficulties. The analysis also points to gaps in the literature regarding access to the different modalities of Psychosocial Care Centers and about therapeutic residences. Thus, despite the right to health achieved and reorientation of the mental health care model, now centered on PHC, this level of care remains not resolutive.

Keywords: Access to health services. Mental health services. Mental health assistance.

ACCESO DE LOS USUARIOS DEL SUS A LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN LOS MUNICIPIOS BRASILEÑOS

Resumen

La creación del Sistema Único de Salud (SUS) bajo la influencia del movimiento de Reforma Psiquiátrica propuso un nuevo modelo para la atención de la salud mental, centrado en la Atención Primaria de Salud (APS). Sin embargo, el cambio en el modelo de atención todavía enfrenta algunas barreras relacionadas al acceso de los usuarios a los servicios de salud. Esta investigación pretende analizar la producción científica sobre el acceso de los usuarios del SUS a la Atención Psicosocial. Esta es una revisión integradora, en que se utilizaron los siguientes descriptores: "acceso a los servicios de salud", "atención primaria de salud", "servicios de salud mental" en las bases de datos de SciELO, Medline/PubMed y Lilacs; lo que resultó en la inclusión de 14 estudios. En los datos se aplicó el Análisis de Contenido Temático, consistente en preanálisis, exploración del material y tratamiento de los resultados obtenidos/interpretación. Los resultados mostraron cómo la APS ha

sido un articulador del acceso a la atención psicosocial, así como las dificultades que se enfrentan en el uso de tecnologías blandas para manejar los trastornos mentales y la angustia psicológica. Y en el ámbito de la atención secundaria, en el acceso a los servicios de Atención Psicosocial, hay dificultades estructurales, físicas y sociales. Además, se destacan lagunas en la producción sobre el acceso a las diferentes modalidades de Centros de Atención Psicosocial y residencias terapéuticas. A pesar de la conquista del derecho a la salud y de la reorientación del modelo de atención a la salud mental con enfoque en la APS, este nivel de atención aún no llega a ser resolutivo.

Palabras clave: Acceso a los servicios de salud. Servicios de salud mental. Atención a la salud mental.

INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro é composto pelo Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema público de acesso universal e integral, e por um subsistema privado de saúde formado por planos, operadoras e serviços de saúde privados que prestam serviços mediante cobrança direta ao cidadão[1]. O SUS surgiu do movimento da Reforma Sanitária iniciado nos anos 1970, que culminou, em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que estabeleceu os princípios de igualdade, universalidade, integralidade e participação social do SUS. Posteriormente, em 1988, a Constituição Cidadã, por meio do art. 196, definiu que saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços[2].

A partir da garantia da universalidade de acesso, surge a necessidade de ampliação do acesso da população aos serviços de saúde, com a "garantia", ao longo dos últimos anos, às mudanças na organização do sistema, de maneira a aumentar a cobertura de suas ações. Em relação à saúde mental, as transformações datam, como apontam Barroso e Silva[3], de 1970, com a insurgência de mobilizações sociais e políticas, como a 8ª Conferência de Saúde, a 1ª Conferência de Saúde Mental, o 2º Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental e a tentativa de aprovação da atual Lei da Reforma Psiquiátrica[4], que apresentavam críticas ao modelo hospitalocêntrico vigente no cuidado em saúde mental.

A partir disso, pensou-se um novo modelo de atenção à saúde mental integral, multiprofissional e realizada em postos de saúde, ambulatórios especializados e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)[3]. No entanto, tais transformações ganham contornos definitivos com a promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica[4]. A promulgação dessa lei refere-se tanto à proteção e aos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais quanto ao redirecionamento do modelo

assistencial em saúde mental para um atendimento psiquiátrico comunitário, com a utilização de serviços substitutivos, como CAPS, ambulatórios de saúde mental, residências terapêuticas, hospitais-dia e unidades de psiquiatria em hospitais gerais em todo o território nacional[3,4].

É válido ressaltar também que tais movimentos se pautam em uma nova orientação para estruturação e cuidado em saúde, em um movimento de crítica ao modelo hierarquizado e fragmentado da atenção à saúde, direcionando-se à perspectiva de um modelo em rede – coordenado pela atenção básica (AB) – e de uma prática e conceituação ampla da saúde – física, psicológica e social.

Nesse ínterim, algumas modificações foram realizadas, como na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cuja composição organizativa colocava os CAPS como elemento central e articulador das ações[5] no intuito de que todas as demandas ligadas à saúde mental fossem direcionadas a eles.

No entanto, essa organização foi modificada pelo Ministério da Saúde, em 2011, por meio de uma nova estruturação para esse modelo de cuidados em saúde a partir de ações da AB em um desenho ampliado, convocando a participação de diferentes equipes para um trabalho articulado entre: a atenção básica em saúde (Unidades Básicas de Saúde, equipes do Consultório na Rua), a atenção psicossocial especializada, a atenção de urgência e emergência, a atenção residencial de caráter transitório e a atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial[6]. Dessa maneira, traz-se a AB para o cuidado intersetorial em saúde mental.

Além disso, o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, dispõe sobre a coordenação pela Atenção Primária em Saúde (APS) pensando em uma rede de saúde (RAS), que consiste em um conjunto de ações e serviços de saúde que se articulam em níveis de complexidade crescente a fim de garantir a integralidade das necessidades de saúde da população. A rede de atenção psicossocial é uma dessas redes cuja porta de entrada prioritária é a APS e que segue os níveis de complexidade crescente, a fim de atender todas as necessidades de saúde dos usuários[7].

Entretanto, por meio de pesquisas, entende-se que, por vezes, existem desafios para que essa proposta se concretize, já que apenas o reconhecimento da AB como porta de entrada não garante o acesso dos usuários à rede de atenção psicossocial, levando à polarização entre ações curativas e ações preventivas[8,9]. Ainda, conforme apontam alguns estudos, existem diversas barreiras que impedem o acesso dos usuários, como a falta de conhecimento do equipamento a que recorrer, a percepção de que o tratamento ofertado não é eficiente ou é nocivo, a dificuldade em acessar o serviço por meio de barreiras estruturais e, por fim, o estigma[10,11].

Igualmente, existe a necessidade de balizar os conceitos e princípios da RAS e as necessidades locorregionais de forma que os usuários do SUS não continuem a buscar e criar maneiras de acessar os serviços, inclusive a atenção psicossocial, que contrariem a porta de

entrada prioritária, ou seja, a APS[12]. Diante dessa perspectiva, esta pesquisa objetivou analisar como tem se constituído o acesso dos usuários do SUS à atenção psicossocial nos municípios brasileiros e identificar facilidades e dificuldades enfrentadas pelos usuários.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa (RI) que permite compreender os fenômenos por meio da sumarização de múltiplos estudos científicos, que adotam diversos desenhos metodológicos[11].

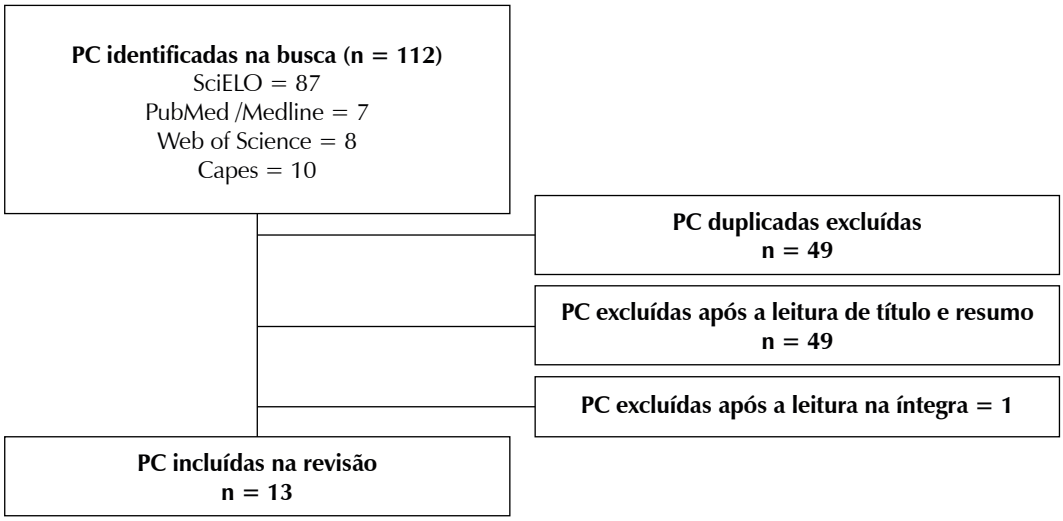
De acordo com o protocolo da RI, foi formulada a questão norteadora: Como tem se constituído o acesso dos usuários do SUS à atenção psicossocial nos municípios brasileiros nas produções científicas dos últimos dez anos? Em seguida, foram aplicados os critérios de inclusão estabelecidos, que incluíam produções científicas (PC) publicadas na íntegra, no período de 2010 a 2020, em revistas em que há o processo de *peer review*; oriundas de pesquisas de campo qualitativas e/ou quantitativas; escritas em português, inglês ou espanhol; e realizadas no Brasil. A coleta de dados foi realizada entre 15 de março e 31 de julho de 2021 nas bases de dados Scopus, Medline/PubMed, SciELO e Web of Science. Na pesquisa, foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): "acessibilidade aos serviços de saúde", "acesso aos serviços de saúde", "atenção primária à saúde" e "serviços de saúde mental"[13].

O cruzamento dos descritores nas bases de dados resultou, inicialmente, em 112 PC (SciELO, n = 87; Medline/PubMed, n = 7, Lilacs, n = 8; Capes, n = 10). Desse total, foram excluídas 98 PC após a leitura de título e resumo, 49 por serem duplicadas e 49 por não tratarem da realidade sobre o acesso à atenção psicossocial nos municípios brasileiros especificamente, e, após a leitura dos artigos na íntegra, excluiu-se um artigo por não condizer com o objetivo da pesquisa. Assim, o corpus da RI foi formado por 13 PC (**Figura 1**).

Após a organização dos dados, estes foram analisados por meio da análise temática de conteúdo, que se desdobra nas etapas: pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos/interpretação. Na exploração e tratamento de dados, foi utilizada a definição de quatro categorias temáticas, identificadas nos resultados e mais bem exploradas na discussão[14].

As PC também foram analisadas segundo o nível de evidência, seguindo a classificação de Fineout-Overholt et al.[15], que estabelece: nível 1 – evidências provenientes de revisão sistemática ou metanálise; nível 2 – evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado e bem delineado; nível 3 – evidências obtidas em ensaios clínicos bem delineados, sem randomização; nível 4 – evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; nível 5 – evidências derivadas de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; e nível 6 – evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo.

Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção de produções científicas para a revisão integrativa



Fonte: Elaboração própria.

RESULTADOS

As PC analisadas foram agrupadas no **Quadro 1**, no qual constam as principais informações das produções, como autor/ano, objetivos, tipo de estudo, resultados e conclusão. Ademais, foi realizada síntese dos achados científicos sobre o acesso à atenção psicossocial, que estão agrupados no **Quadro 2**. Das pesquisas científicas encontradas, nove são oriundas de estudos qualitativos e cinco de estudos quantitativos. E, no que tange ao ano de publicação, há um pico de publicações no ano de 2019, conforme achados nas bases de dados anteriormente citadas.

Quadro 1 – Produções científicas sobre o acesso dos usuários do SUS à atenção psicossocial que compõem o corpus da revisão integrativa

(continua)

Nº	AUTOR, ANO LOCAL DE PUBLICAÇÃO	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO NÍVEL DE EVIDÊNCIA*	RESULTADOS
PC1	Moreira e Bosi, 2019[16] Rio de Janeiro (RJ)	Compreender, com base nas experiências de usuários, como se revela a qualidade do cuidado na RAPS.	Qualitativo 6	A humanização e a integralidade são dimensões da qualidade do cuidado, que, em seus aspectos formais, se revelam através da centralidade dos psicofármacos, da ambiência e dos aspectos relacionados aos modos de cuidar.
PC2	Rocha et al., 2018[17] Belo Horizonte (MG)	Determinar os itens do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica que melhor avaliam a capacidade de oferta de cuidados em saúde mental.	Quantitativo 6	Os aspectos relevantes na discriminação da capacidade de ofertar cuidados em saúde mental pelas equipes de atenção básica são: a estratificação do risco para gestão do cuidado, o acompanhamento dos casos mais graves, o atendimento em grupo e as ações preventivas de promoção da saúde.

Quadro 1 – Produções científicas sobre o acesso dos usuários do SUS à atenção psicossocial que compõem o corpus da revisão integrativa

(continua)

Nº	AUTOR, ANO LOCAL DE PUBLICAÇÃO	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO NÍVEL DE EVIDÊNCIA*	RESULTADOS
PC3	Costa, Corrêa e Silva, 2015[11] Rio de Janeiro (RJ)	Analisar a implantação dos serviços comunitários no contexto regional. O artigo descreve o padrão de acesso aos CAPS II no estado do Rio de Janeiro na atual década.	Quantitativo 6	Independentemente do contexto local, é bastante discrepante a escala de responsabilização dos novos serviços pelos usuários, especialmente aqueles saídos de internações de longa permanência ou ainda internados.
PC4	Oliveira, Andrade e Goya, 2012[18] Fortaleza (CE)	Analisar as compreensões dos usuários dos CAPS sobre a atenção em saúde mental, com foco na integralidade e no acesso.	Qualitativo 6	Os CAPS são vistos como espaços de convivência capazes de estabelecer redes afetivas e sociais. Estigmas, preconceitos e tutela estão presentes nos serviços, nas famílias e na comunidade, sendo que as práticas manicomiais persistem nos serviços substitutivos. A humanização do cuidado amplia o acesso e o vínculo com os serviços, e a trajetória dos usuários no SUS ocorre devido às suas necessidades sociais e de saúde.
PC5	Miliauskas et al., 2019[19] Rio de Janeiro (RJ)	Analisar a associação entre a cobertura de CAPS e a AB e o número de internações psiquiátricas nas regiões metropolitanas das capitais dos estados do Rio de Janeiro (RJ) e de São Paulo (SP).	Quantitativo 6	Confirmou-se a hipótese de que o aumento da cobertura dos CAPS e da AB implica a diminuição das hospitalizações psiquiátricas, no período e nas localidades em que o estudo foi realizado. Tal achado reforça a importância da contínua melhoria na saúde e em políticas de reforma psiquiátrica.
PC6	Barbosa et al., 2017[20] Rio de Janeiro (RJ)	Caracterizar as práticas e as estratégias de cuidado à saúde mental desenvolvidas pelas equipes de atenção primária na área urbana de Pesqueira (PE).	Qualitativo 6	Os usuários com transtornos mentais ou sofrimento mental são frequentemente atendidos nas Unidades de Saúde da Família e nas Unidades Básicas de Saúde e posteriormente referenciados para os CAPS. As estratégias das práticas de cuidado em saúde mental variam de acordo com a experiência de cada profissional e são centradas nas consultas médicas, nas prescrições e na medicalização.
PC7	Araujo e Tanaka, 2012[21] São Paulo (SP)	Entender o acolhimento considerando a percepção dos trabalhadores e identificando o vínculo e a articulação da rede nesse processo.	Qualitativo 6	Os serviços de saúde da região analisada emanam uma sensação de ausência; convivem com uma mistura de modelos; mantêm tecnologias duras na produção de saúde; e são ineficientes quanto à integralidade.
PC8	Oliveira et al., 2019[22] Rio de Janeiro (RJ)	Contribuir para o debate sobre o cuidado destinado aos usuários de drogas no Brasil.	Qualitativo 6	Compreender os aspectos socioantropológicos que permeiam o itinerário de usuários de álcool e drogas possibilita a reflexão ampliada sobre a temática e reforça o papel das estratégias de redução como ferramenta de cuidado ético e integral a essa clientela, sobretudo diante da atual conjuntura política brasileira, que sinaliza retrocessos na implementação de políticas intersetoriais para o combate às iniquidades sociais, bem como apregoa um discurso contrário aos direitos humanos.

Quadro 1 – Produções científicas sobre o acesso dos usuários do SUS à atenção psicossocial que compõem o corpus da revisão integrativa

(conclusão)

Nº	AUTOR, ANO LOCAL DE PUBLICAÇÃO	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO NÍVEL DE EVIDÊNCIA*	RESULTADOS
PC9	Bezerra et al., 2014[23] Botucatu (SP)	Compreender como o cuidado em saúde mental vem sendo produzido na atenção primária, com base nas experiências de profissionais, usuários e familiares.	Qualitativo 6	O processo de medicalização perpassa as práticas dos profissionais e configura-se como a principal demanda dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), indicando a necessidade de ações desmedicalizantes, que encontram potência na incorporação de novas relações e dinâmicas sociais no território, na maior articulação das equipes e no estímulo à participação social da comunidade nesse processo.
PC10	Hirdes e Scarparo, 2015[24] Rio Grande do Sul	Discutir a questão da integração da saúde mental na atenção primária mediante o apoio matricial em saúde mental.	Qualitativo 6	Apesar das barreiras, a saúde mental pode ser incorporada no contexto do cuidado na rede da APS, provendo oportunidades para intervenções no sofrimento psíquico no território e para produção de novas relações.
PC11	Chiavagatti et al., 2012[25] Rio Grande do Sul	Analisar as formas de articulação que os CAPS estabelecem com os serviços de atenção básica de saúde.	Qualitativo 6	A articulação entre os CAPS e os serviços de atenção básica de saúde estrutura-se basicamente na supervisão e capacitação das equipes e em um sistema de referência e contrarreferência, muitas vezes, mascarado sob a lógica dos encaminhamentos. No entanto, essas ações encontram-se mais como sugestões referidas nos documentos como objetivos do que como ações propriamente traduzidas na lógica de operacionalização concreta destas na prática cotidiana dos serviços.
PC12	Costa et al., 2012[26] Minas Gerais	Descrever os elementos que compõem os desafios acerca da reabilitação psicossocial na rede de cuidados em saúde.	Qualitativo 6	A atenção psicossocial na rede de cuidado é uma realidade, ainda incipiente no Brasil, que convoca e exige mudanças individuais, sociais e institucionais. O desafio é político e exige um compromisso contínuo na construção de novas formas de lidar com o sofrimento psíquico.
PC13	Costa, Ronzani e Colugnati, 2018[27] Juiz de Fora (MG)	Avaliar, através da análise de redes sociais, o papel do Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) na rede de atenção aos usuários de drogas.	Quantitativo 6	Existe uma centralidade da rede no CAPS AD, em conformidade com as políticas e o modelo assistencial preconizado na área, nomeada "CAPSocialização". A centralidade nesse dispositivo, ainda em número insuficiente e com problemas estruturais e na dinâmica de trabalho, influi para um baixo poder de resiliências da rede e indica a necessidade de modificação da lógica assistencial, ainda pautada pelo cuidado especializado de urgência em detrimento de perspectivas territorializadas/ comunitárias e contínuas.

Fonte: Elaboração própria com base corpus da revisão integrativa.
* Nível de evidência conforme Fineout-Overholt et al.[15].

Quadro 2 – Achados científicos sobre o acesso à atenção psicossocial

Nº	AUTOR, ANO LOCAL DO ESTUDO	ACHADOS SOBRE O ACESSO À ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
PC1	Moreira e Bosi, 2019[16] Rio de Janeiro (RJ)	Em Fortaleza, o acesso a Rede de Atenção Psicossocial ainda se estabelece pelo uso do "hospital psiquiátrico" e há um desafio para que serviços substitutivos, como os CAPS, produzam novos projetos e possibilidades a esses usuários. A APS não aparece como articuladora e ordenadora da rede.
PC2	Rocha et al., 2018[17] Belo Horizonte (MG)	Nesse estudo, utilizaram-se dados secundários do Programa Nacional de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e evidenciou-se que existe capacidade de oferta e acesso dos usuários do SUS a cuidados primários à saúde mental ofertado pela APS, viabilizando, dessa maneira, a ordenação do cuidado e a referenciação apenas de demandas concernentes à atenção especializada do CAPS.
PC3	Costa, Corrêa e Silva, 2015[11] Rio de Janeiro (RJ)	Através do viés da acessibilidade a serviços de saúde mental, evidencia-se que, no estado do Rio de Janeiro, ocorrem dificuldades de responsabilização do CAPS pelos usuários, sejam eles advindos de referenciação da APS ou saídos de internações de longa permanência. Muitas vezes, os CAPS acabam recorrendo aos "hospitais psiquiátricos" para o cuidado.
PC4	Oliveira, Andrade e Goya, 2012[18] Fortaleza (CE)	O estudo evidencia que, em Fortaleza (CE), existem barreiras físicas, estruturais e sociais que inviabilizam o acesso, e que persistem práticas manicomiais no CAPS, o que interfere na integralidade do cuidado. No entanto, aponta que, quando há humanização e estabelecimento de vínculo por parte de alguns profissionais do CAPS, acesso e integralidade são favorecidos.
PC5	Miliauskas et al., 2019[19] Rio de Janeiro (RJ)	Nas regiões metropolitanas dos estados de São Paulo e do Rio de Janeiro, quando ocorre uma ampliação do acesso a serviços de saúde mental ofertados pelo CAPS e pela AB, há uma diminuição de "internações" em leitos psiquiátricos.
PC6	Barbosa et al., 2017[20] Rio de Janeiro (RJ)	O estudo aponta que houve maior regulação entre a APS e a atenção secundária, CAPS, a partir de 2011, com a noção de microrregulação, de modo mais marcante em documentos e iniciativas relacionados à gestão da atenção primária do que à regulação especificamente, demonstrando o acesso a partir da porta de entrada preferencial.
PC7	Araujo e Tanaka, 2012[21] São Paulo (SP)	A sensação de ausência, a mistura de modelos manicomiais e o uso de tecnologias duras não têm permitido o estabelecimento de pontes necessárias entre as ilhas da rede em análise e a oferta de trânsito seguro dos usuários entre a APS e o CAPS.
PC8	Oliveira et al., 2019[22] Rio de Janeiro (RJ)	O itinerário de usuários de álcool e outras drogas, com vistas a acessar os dispositivos da rede de atenção psicossocial, é favorecido quando se utilizam os pressupostos da redução de danos e do acolhimento.
PC9	Bezerra et al., 2014[23] Botucatu (SP)	O estudo evidencia como a prática medicalizante tem sido fortalecida como forma de acesso à atenção psicossocial e isso se soma ao despreparo dos profissionais da APS, os quais ou se limitam a prescrever ou se desresponsabilizam pelo usuário, ordenando seu fluxo de volta para o CAPS.
PC10	Hirdes e Scarparo, 2015[24] Rio Grande do Sul	O acesso à atenção psicossocial já na APS é problematizado com o uso do apoio matricial, considerado como recurso técnico-assistencial, mas que, muitas vezes, enfrenta dificuldades para sua operacionalização devido ao poder biomédico nesses espaços, fator que se impõe como barreira estrutural de acesso.
PC11	Chiavagatti et al., 2012[25] Rio Grande do Sul	A pesquisa aponta aspectos da corresponsabilização entre APS e CAPS, que tem se configurado apenas na lógica de encaminhamento. Isso corrobora a dificuldade de integralização do cuidado e do acesso efetivo e resolutivo.
PC12	Costa et al., 2012[26] Minas Gerais	O acolhimento é fator que garante o acesso à atenção psicossocial e promove a corresponsabilização entre APS e serviços substitutivos, como o CAPS.
PC13	Costa, Ronzani e Colugnati, 2018[27] Juiz de Fora (MG)	O estudo evidencia a centralidade da lógica do CAPS para o atendimento de usuários de álcool e outras drogas considerando o acesso sem ordenação mediante a APS, o que promove a superlotação de serviços de atenção secundária e inviabiliza o acesso.

Fonte: Elaboração própria com base corpus da revisão integrativa.

A análise dos artigos possibilitou a identificação dos núcleos de sentido e o seu agrupamento em quatro categorias: "a atenção primária como articuladora do acesso dos usuários à atenção psicossocial", "dificuldades na utilização de tecnologias leves para o manejo de transtornos mentais e sofrimento psíquico na atenção básica", "o CAPS como principal porta de entrada à atenção à saúde mental" e "dificuldades estruturais, físicas e sociais para o acesso aos serviços substitutivos de saúde mental".

DISCUSSÃO

A ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO ARTICULADORA DO ACESSO DOS USUÁRIOS À ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS, foi de fundamental importância para a delimitação dos serviços e dispositivos responsáveis pelo cuidado em saúde mental dentro da rede[6].

Além disso, por meio do art. 5º, inciso I, determina a atenção básica em saúde – unidade básica de saúde e equipe da AB para populações específicas – como um dos dispositivos da RAPS[6]. Ademais, a APS, caracterizada como porta de entrada preferencial do SUS, é formada por um conjunto de ações de saúde em âmbito individual e coletivo, de promoção, proteção e recuperação da saúde. Nesse ínterim, por ser a porta de entrada e estar incluída na RAPS, passa a ser uma articuladora essencial do acesso dos usuários à atenção psicossocial e constitui-se como a porta de entrada ao cuidado em saúde mental[13].

O contexto da APS no cuidado em saúde mental envolve a Estratégia Saúde da Família (ESF) e os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). A ESF surge com o intuito de reorganizar a atenção básica em saúde no âmbito do SUS, sendo uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação que visa favorecer a reorientação do processo de trabalho e possibilitar maior resolutividade e impacto na situação de saúde dos brasileiros[28].

O NASF-AB, uma construção político-institucional, nasceu com o intuito de ampliar a capacidade de abrangência, resolutividade e integralidade da atenção na APS e, no âmbito da saúde mental[4], deve buscar instituir a integralidade do cuidado físico e mental dos usuários do SUS por meio da qualificação e complementaridade do trabalho da ESF[14].

É válido ressaltar que o bojo de ações do NASF-AB se dá através do apoio matricial, que é o suporte assistencial e técnico-pedagógico, em que a dimensão assistencial é aquela que produz uma ação clínica direta com os usuários, e a técnico-pedagógica provê apoio

educativo à equipe[6]. A operacionalização dessas ações políticas e organizacionais fortalecem os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, que pensa um cuidado em saúde mental distinto do modelo hospitalocêntrico psiquiátrico e voltado para ações nos territórios e em comunidade[15].

Os achados científicos demonstram a importância da APS para articulação do acesso dos usuários à atenção psicossocial, ainda que apresente dificuldades para cumprir com as ações a ela designadas por diversos fatores que refletem tanto em termos de capacitação profissional das equipes da APS quanto em escassez de investimentos do Governo Federal nesses dispositivos. Tem-se, também, que a ESF atua como dispositivo importante que compõe a RAPS, sendo lugar com potencialidades e de construção de uma nova lógica de atendimento e relações no cuidado em saúde mental. Além disso, o matriciamento exercido pelas equipes do NASF-AB pode representar uma oportunidade de romper com a lógica de cuidado fragmentado, já que tem como meta a integração de profissionais de diferentes áreas para o cuidado dos usuários[16,29].

A APS aparece, também, como dispositivo de alta relevância para resolubilidade do cuidado e para consolidação da Reforma Psiquiátrica, ao evitar práticas que levem à manicomialização dos transtornos mentais e do sofrimento psíquico, por meio da lógica de encaminhamentos aos CAPS, ainda que sejam demandas que a APS possa dar conta, além de facilitar o planejamento de ações no território e na comunidade que viabilizem o acesso da população aos serviços de atendimento psicossocial dentro da RAPS. A articulação da APS com o CAPS atua no processo de desconstrução das ações manicomiais, mas também provê um diferencial na qualidade do cuidado dos pacientes em sofrimento psíquico ou com transtorno mental[17,20,25].

Portanto, há evidências de que a APS exerce um papel de articulação necessário para o acesso dos usuários do SUS à atenção psicossocial e aos CAPS, apesar das dificuldades encontradas pela APS para a efetivação de suas ações, além de ser um dispositivo importante para a consolidação dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica nos dispositivos que compõem a RAPS.

DIFICULDADES NA UTILIZAÇÃO DE TECNOLOGIAS LEVES PARA O MANEJO DE TRANSTORNOS MENTAIS E SOFRIMENTO PSÍQUICO NA ATENÇÃO BÁSICA

A atenção básica à saúde tem como dispositivos principais o vínculo e o acolhimento. O acolhimento compreende a responsabilização dos profissionais pelo usuário, a escuta qualificada de suas queixas e angústias, a garantia de assistência resolutiva e a articulação com outros serviços para a continuidade do cuidado quando necessário. De acordo com Franco, Bueno e Merhy[30], o acolhimento propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, visando atender todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, no sentido de garantir a acessibilidade universal, permeada por processos de responsabilização, criação de vínculo a partir

da escuta de problemas, troca de informações, mútuo reconhecimento de direitos e deveres e de decisões que possibilitem intervenções pertinentes e eficazes em torno das necessidades dos usuários do serviço de saúde. O serviço de saúde assume sua "função" precípua de acolher, escutar e dar uma resposta positiva capaz de resolver os problemas de saúde da população.

Já o vínculo leva-nos a compreender que a responsabilidade e o compromisso, defendidos por Merhy e Franco[31], criam vínculos, o que implica ter relações próximas e claras com o outro, o usuário, a ponto de nos sensibilizarmos com o sofrimento alheio, sentindo-nos responsáveis pela vida e morte do outro. Nesse encontro entre trabalhador de saúde e usuário, para Franco, Bueno e Merhy[30], este é sujeito da produção da saúde e, portanto, poderá ser também protagonista de atos cuidadores, geradores de autonomia, pois coloca-se como alguém que busca uma intervenção que lhe permita recuperar ou produzir certa autonomia no seu modo de vida.

Assim, na organização da RAPS, a atenção básica à saúde, representada pela ESF, tem papel fundamental no processo de acolhimento de usuários adstritos com algum transtorno ou sofrimento mental.

Especificamente na atenção à saúde mental, os dispositivos de vínculo e acolhimento, considerados tecnologias leves por Merhy e Onocko[32], juntamente com as tecnologias leve-duras, compostas pelos saberes técnicos estruturados, e as tecnologias duras, representadas pelos equipamentos e medicamentos, são utilizados de acordo com as necessidades dos usuários.

Porém, a análise dos artigos mostrou que há predominância de intervenções em saúde mental na APS voltadas para tecnologias duras, como uso de medicamentos e outros procedimentos, pautadas no modelo biomédico, desconsiderando, assim, os avanços na atenção psicossocial promovidos pela Reforma Psiquiátrica. Tal fato deve-se a diferentes fatores, seja por deficiências na capacitação da equipe mínima ou no manejo de casos de transtorno mental ou sofrimento psíquico no território, seja pela ausência de apoio matricial por parte do NASF-AB[15,17,25,31].

Ainda que as tecnologias leves sejam fundamentais para o modelo de atenção à saúde, as equipes da APS sentem dificuldades em operacionalizar essas ações, por vezes focando apenas no uso de medicamentos e outros procedimentos do modelo biomédico e indo de encontro aos preceitos da Reforma Psiquiátrica, que se pauta no modelo psicossocial[15,17,25,31].

A situação agrava-se no cenário atual após a publicação do Previne Brasil 2019, instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que altera o custeio da AB e remove o NASF-AB como modelo de referência, ficando a cargo do governo municipal a manutenção ou não do apoio matricial[32]. Essas mudanças implicam a intensificação dos problemas organizacionais para o atendimento e o manejo através das tecnologias leves em saúde mental pela APS.

Por fim, as dificuldades na utilização de tecnologias leves para o manejo de transtornos mentais e sofrimento psíquico na APS dificultam não só a operacionalização do cuidado, mas também o acesso dos usuários do SUS à atenção psicossocial, contribuindo para a lógica de encaminhamentos para os CAPS e sua superlotação.

O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL COMO PRINCIPAL PORTA DE ENTRADA À ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

No atual modelo de atenção à saúde do SUS, a APS é entendida como a principal porta de entrada do sistema e realiza, quando necessário, referência e contrarreferência de demandas de saúde dos usuários, de maneira a atender o princípio da integralidade. Dentro da RAPS, a ESF deve acolher o usuário que necessita de atenção psicossocial e, a depender da complexidade do caso, faz a referência por meio de encaminhamentos ao CAPS[13].

No entanto, a Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, estabeleceu o CAPS enquanto serviço de portas abertas, responsável pelas demandas que recebe e pelas referências posteriores do usuário na RAPS, situação que só se modificou no cenário político com a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que define a APS como dispositivo da RAPS e, assim, direciona a porta de entrada à APS[6,21].

Apesar desse redirecionamento no âmbito das portarias, a lógica de pensar o CAPS enquanto serviço de portas abertas para todas as demandas relativas ao cuidado em saúde mental é uma realidade, não só pelos usuários que chegam de diferentes locais – organizações não governamentais e associações, por exemplo –, mas também pela equipe de saúde dos serviços. Os achados apontam diferentes razões para que isso ocorra, sendo elas: sensação de obrigação das equipes do CAPS em se manterem como serviço de portas abertas, ainda que seja um processo de escuta e acolhimento da demanda do usuário que chega; dificuldades em integrar a saúde mental na APS; complexidade do atendimento em saúde mental que exige saberes e fazeres que até então não faziam parte do repertório da APS; predominância da lógica manicomial nos serviços; falta de preparação técnica dos profissionais para o manejo de transtornos mentais e sofrimento psíquico no território; redução do sujeito à doença mental e medicalização dos processos de adoecimento; tomada dos casos de uso de álcool e outras drogas como responsabilidade única do CAPS AD; e uso da lógica da dispensação de medicamentos para o tratamento da saúde mental[15,25,31,33,34].

Dessa maneira, os CAPS, na realidade, atuam como uma porta de entrada quase exclusiva para as demandas de saúde mental, o que tem ocasionado a superlotação desses locais de atendimento com casos cuja complexidade poderia ser atendida na APS. Assim, os CAPS

têm funcionado no limite de sua capacidade de atendimento, não conseguindo resolver as demandas de maneira resolutiva e se tornando uma barreira ao acesso à atenção psicossocial, fator intensificado pela extinção das equipes no NASF-AB.

DIFICULDADES ESTRUTURAIS, FÍSICAS E SOCIAIS PARA O ACESSO AOS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS DE SAÚDE MENTAL

A análise dos artigos estudados mostrou que existem dificuldades estruturais, físicas e sociais que dificultam o acesso dos usuários à atenção psicossocial, em específico aos serviços substitutivos, como os CAPS. Dentre as dificuldades estruturais, estão a baixa oferta de serviços e sua alta demanda, indicada pela quantidade de CAPS que uma região dispõe, bem como a baixa disponibilidade de recursos financeiros para manter o serviço[15].

Com relação às dificuldades físicas, está a carência na estrutura física dos serviços, com falta de espaço para realizar as atividades pertinentes das oficinas e grupos terapêuticos e escassez de profissionais que possam lidar com a demanda que chega aos serviços e atender todos com a qualidade da assistência preservada, com isso, contribuindo para a baixa capacidade de resolutividade dos serviços[10].

Em relação às dificuldades econômico-sociais, existem entraves enfrentados pelos usuários para acessar os serviços de atenção psicossocial, como o CAPS, dentre os quais está a questão geográfica, visto que muitos CAPS estão distantes dos territórios de abrangência das equipes da ESF, implicando em deslocamentos muitas vezes custosos para os usuários, o que dificulta o acesso a esses serviços.

Por fim, ainda existe o estigma na sociedade a respeito das pessoas com transtornos mentais, muitas vezes associado a concepções sociais sobre saúde mental relacionadas com periculosidade e outras situações que provocam constrangimento nos usuários e em seus familiares. Sendo estigma, de acordo com Ahmedani, "[…] uma crença sustentada por uma grande parcela da sociedade em que as pessoas com a condição estigmatizada são menos iguais ou fazem parte de um grupo inferior. Neste contexto, o estigma é incorporado no âmbito social, para criar inferioridade"[35:4]. Assim, o estigma com relação às pessoas com transtornos mentais influencia as experiências vividas pelos sujeitos nos serviços de atenção à saúde mental e dificulta o acesso à atenção psicossocial.

Dessa maneira, conforme os achados na literatura científica, as dificuldades enfrentadas por usuários do SUS são consideradas barreiras que impedem o acesso desses indivíduos à atenção psicossocial nos municípios brasileiros, ocasionando baixa resolutividade na prestação da assistência e contrariedade aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo mostrou que o acesso de usuários do SUS à atenção psicossocial é um direito conquistado pela legislação, mas que, na prática, ainda não está plenamente efetivado, pois o acesso à RAPS apresenta alguns limites, como as dificuldades da APS em exercer sua função de articulação do acesso diante de problemas relacionados à capacitação profissional das equipes, à extinção das equipes de NASF-AB, à escassez de investimentos do Governo Federal e à consequente superlotação dos CAPS, que acabam por funcionar como a principal porta de entrada do usuários com transtorno mental ou em sofrimento psíquico na RAPS.

Nesse contexto, os estudos evidenciam que o CAPS não consegue dar conta das demandas dos territórios por conta da baixa capacidade de atendimento, limitada pela falta de espaço para realizar as atividades pertinentes das oficinas e grupos terapêuticos, pela carência de profissionais que possam lidar com as demandas dos usuários, assim como pelo superdimensionamento da população atendida pelas equipes do CAPS.

Destarte, este estudo discutiu aspectos baseados na literatura científica por meio de uma síntese analítica desta, contribuindo com o panorama da produção científica acerca de uma temática relevante para pensar nas fraquezas e potencialidades da RAPS, a fim de conduzir novos estudos e melhorias na política de saúde mental.

É importante destacar que a produção científica na área estudada foi muito rarefeita no período analisado (2010-2020). Tal fato chama atenção, principalmente, diante do período da pandemia de covid-19, com o isolamento social e o surgimento de medos, ansiedades, crise econômica e desemprego, cenário em que questões de saúde mental e de acesso à atenção psicossocial ficaram mais evidentes e necessárias.

Os achados evidenciam que a temática do acesso à atenção psicossocial necessita ser mais explorada, no sentido de se aproximar da realidade vivida pelos usuários do SUS para obter acesso à atenção psicossocial, assim como de esclarecer as formas de organização da rede. Apesar dos achados, foram identificadas lacunas de pesquisas específicas acerca das modalidades dos CAPS e das residências terapêuticas.

Nessas lacunas, as produções científicas não têm explorado como se dá o acesso dos usuários do SUS aos dispositivos, como CAPS I, CAPS AD, CAPS II e CAPS III, nem quando os usuários que são ainda atendidos por hospitais especializados em saúde mental e passam a configurar internação de "longa permanência" acessam ou não as residências terapêuticas.

Ressaltamos que, apesar da inclusão criteriosa de estudos primários publicados em periódicos com revisão por pares, há limitações referentes à utilização somente de artigos indexados, além da escassez de publicações sobre o acesso dos usuários do SUS à atenção psicossocial.

COLABORADORES

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Stefany Costa Silva e Luciane Cristina Feltrin de Oliveira.

2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Stefany Costa Silva e Luciane Cristina Feltrin de Oliveira.

3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Luciane Cristina Feltrin de Oliveira.

4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Stefany Costa Silva e Luciane Cristina Feltrin de Oliveira.

REFERÊNCIAS

1. Laurell AEC. Políticas de saúde em conflito: seguro contra os sistemas públicos universais. Rev Lat Am Enfermagem. 2016;24:e2668.
2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Brasília (DF): Senado Federal; 1988 [citado em 2023 jul 5]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
3. Barroso SM, Silva MA. Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. Rev SPAGESP. 2011;12(1):66-78.
4. 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 [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2001 abr 9. Seção 1, p. 2. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília (DF); 2004.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília (DF); 2011 [citado em 2023 jul 5]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
7. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial

da União, Brasília (DF); 2011 jun 28 [citado em 2023 jul 5]. Seção 1, p. 1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm

8. Moura RFS, Silva CRC. Saúde Mental na Atenção Básica: sentidos atribuídos pelos agentes comunitários de saúde. Psicol Ciênc Prof. 2015;35(1):199-210.
9. Campos RTO, Ferrer AL, Gama CAP, Campos GWS, Trapé TL, Dantas DV. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. Saúde Debate. 2014;38(Spe):252-64.
10. Silva L, Silva PFR, Gadelha A, Clement S, Thornicroft G, Mari JJ, et al. Adaptation of the Barriers to Access to Care Evaluation (BACE) scale to the Brazilian social and cultural context. Trends Psychiatry Psychother. 2013;35(4):287-91.
11. Costa NR, Corrêa SG P, Silva PRF. Considerações sobre a acessibilidade nos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil. Ciênc Saúde Colet. 2015;20(10):3139-50.
12. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. J Adv Nurs. 2005;52(5):546-53.
13. Viana ALD, Bousquat A, Melo GA, Negri Filho A, Medina MG. Regionalização e redes de saúde. Ciênc Saúde Colet. 2018;23(6):1791-8.
14. Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 28a ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2009.
15. Fineout-Overholt E, Melnyk BM, Stillwell SB, Williamson KM. Evidence-based practice step by step: critical appraisal of the evidence: part I. Am J Nurs. 2010;110(7):47-52.
16. Moreira DJ, Bosi MLM. Qualidade do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial: experiências de usuários no Nordeste do Brasil. Physis (Rio J). 2019;29(2):e290205.
17. Rocha HA, Santos AF, Reis IA, Santos MAC, Cherchiglia ML. Saúde mental na atenção básica: uma avaliação por meio da Teoria da Resposta ao Item. Rev Saúde Pública. 2018;52:17.
18. Oliveira RF, Andrade LOM, Goya N. Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. Ciênc Saúde Colet. 2012;17(11):3069-78.
19. Miliauskas CR, Faus DP, Junkes L, Rodrigues RB, Junger W. Association between psychiatric hospitalizations, coverage of psychosocial care centers (CAPS) and primary health care (PHC) in metropolitan regions of Rio de Janeiro (RJ) and São Paulo (SP), Brazil. Ciênc Saúde Colet. 2019;24(5):1935-44.

20. Barbosa VFB, Cavalcanti A, Alcântara MCA, Pedroza RM, Ferreira SHV. The role of primary attention in health on the constitution of the network care in mental health. Rev Pesqui (Univ Fed Estado Rio J). 2017;9(3):659-68.
21. Araujo AK, Tanaka OY. Avaliação do processo de acolhimento em Saúde Mental na região centro-oeste do município de São Paulo: a relação entre CAPS e UBS em análise. Interface Comun Saúde Educ. 2012;16(43):917-28.
22. Oliveira LV, Coelho AA, Salvador PTCO, Freitas CHSM. Muros (in)visíveis: reflexões sobre o itinerário dos usuários de drogas no Brasil. Physis (Rio J). 2019;29(4):e290411.
23. Bezerra IC, Jorge MSB, Gondim APS, Lima LL, Vasconcelos MGF. "Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá": processo de medicamentalização e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. Interface Comun Saúde Educ. 2014;18(48):61-74.
24. Hirdes A, Scarparo HBK. The maze and the minotaur: mental health in primary health care. Ciênc Saúde Colet. 2015;20(2):383-93.
25. Chiavagatti FG, Kantorski LP, Willrich JQ, Cortes JM, Jardim VMR, Rodrigues CGSS. Articulação entre Centros de Atenção Psicossocial e Serviços de Atenção Básica de Saúde. Acta Paul Enferm. 2012;25(1):11-7.
26. Costa A, Silveira M, Vianna P, Silva-Kurimoto T. Desafios da atenção psicossocial na rede de cuidados do Sistema Único de Saúde do Brasil. Rev Port Enferm Saúde Mental. 2012;7:46-53.
27. Costa PHA, Ronzani TM, Colugnati FAB. No meio do caminho tinha um CAPSAD: centralidade e lógica assistencial da rede de atenção aos usuários de drogas. Ciênc Saúde Colet. 2018;23(10):3233-45.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental [Internet]. Brasília (DF); 2013 [citado em 2022 dez 14]. Disponível em: https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTIxMQ==
29. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF [Internet]. Brasília (DF); 2008 [citado em 2023 jul 5]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html
30. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública. 1999;15(2):345-53.
31. Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. Saúde Debate. 2003;27(65):316-23.

32. Merhy EE, Onocko R. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo (SP): Hucitec; 1997.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília (DF); 2017 [citado em 2023 jul 5]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
34. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 [Internet]. Brasília (DF); 2002 [citado em 2023 jul 5]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html
35. Ahmedani BK. Mental health stigma: society, individuals, and the profession. J Soc Work Values Ethics. 2011;8(2):4-1-4-16.

Recebido: 15.3.2023. Aprovado: 12.6.2023. Publicado: 8.8.2023.