

# ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DESAFIOS À INTEGRAÇÃO NO BRASIL

Magda Dimenstein<sup>1</sup>  
João Paulo Macedo<sup>2</sup>  
Mayara Gomes Fontenele<sup>3</sup>

## RESUMO

Objetiva-se apresentar um panorama da Atenção Primária à Saúde Mental no Brasil com destaque para as equipes NASF. Utilizou-se dados da Coordenação Nacional de Saúde Mental, do Departamento da Atenção Básica e do segundo e terceiro ciclos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Observou-se desequilíbrios entre a oferta e a demanda de serviços, pontos de estagnação e distorções no processo de universalização da Atenção Psicossocial, com a existência de vazios assistenciais no território nacional. A capacidade de resposta da Atenção Primária à saúde mental tem ficado comprometida quanto à efetividade, continuidade dos cuidados, equidade e acessibilidade. Nota-se o agravamento desse quadro no cenário atual de crise econômica, social e política e no contexto pandêmico em curso.

**Palavras-chave:** Atenção primária à saúde. Saúde mental. Atenção psicossocial. Sistema Único de Saúde (SUS).

## PSYCHOSOCIAL CARE IN PRIMARY HEALTH CARE SERVICES: CHALLENGES TO INTEGRATION IN BRAZIL

## ABSTRACT

The objective is to present an overview of Primary Mental Health Care in Brazil with emphasis on NASF teams. We used data from the National Mental Health Coordination, from the Department of Basic Care and from the second and third cycles of the National Program for Improvement of Access and Quality of Basic Care. It was observed imbalances between supply and demand of services, break points, and important distortions in the process of universalization of psychosocial care, with the existence of care gaps in the national territory. The response capacity of primary care to mental health has been compromised in terms of effectiveness, continuity of care, equity, and accessibility. The worsening of this situation is noted in the current scenario of economic, social, and political crisis and in the ongoing pandemic context.

**Keywords:** Primary health care. Mental health. Psychosocial care. Brazilian Public Health Care System (SUS).

---

<sup>1</sup>Professora Titular do Departamento de Psicologia da UFRN. Doutora em Saúde Mental pela UFRJ. Bolsista PQ 1 A/CNPq.

<sup>2</sup>Professor Adjunto do Departamento de Psicologia da UFDPAr. Doutor em Psicologia pela UFRN. Bolsista PQ 2/CNPq.

<sup>3</sup>Psicóloga pela UFPI e Mestranda em Psicologia pela UFDPAr.

# ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA: DESAFÍOS PARA LA INTEGRACIÓN EM BRASIL

## RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo presentar una visión general de la atención primaria de salud mental em Brasil, con énfasis en los equipos de NASF. Se utilizaron datos de la Coordinación Nacional de Salud Mental, del Departamento de Atención Básica y del segundo y tercer ciclo del Programa Nacional de Mejora del Acceso y la Calidad de la Atención Básica. Se observaron desequilibrios entre la oferta y la demanda de servicios, puntos de ruptura y distorsiones importantes en el proceso de universalización de la atención psicosocial, con la existencia de vacíos de atención en el territorio nacional. La capacidad de respuesta de la Atención Primaria a la salud mental se ha visto comprometida en términos de eficacia, continuidad asistencial, equidad y accesibilidad. Se constata el agravamiento de este marco en el escenario actual de crisis económica, social y política y el contexto de pandemia en curso.

**Palabras-clave:** Atención primaria de salud. Salud mental. Atención psicossocial. Sistema Brasileño de Salud Publica (SUS).

---

## ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DESAFIOS À INTEGRAÇÃO NO BRASIL

### Introdução

Este artigo objetiva apresentar um panorama da atenção primária à saúde mental no Brasil ofertada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e, quiçá, contribuir para a ampliação da sua capacidade de resposta, mesmo sob os limites do cenário de desmonte das políticas sociais vivido nos últimos cinco anos após o golpe parlamentar de 2016, o qual “expressa a vontade dos detentores da riqueza de liquidar com a cidadania social formalmente conquistada em 1988” (FAGNANI, 2017, p.1).

Desde a institucionalização da saúde como direito de todos e dever do Estado brasileiro na Constituição Federal de 1988, não obstante as conquistas alcançadas, continuam a existir muitos entraves à melhoria do desempenho do SUS enquanto sistema, bem como à consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora de uma resposta integrada e à consecução plena dos seus objetivos. Enumeram-se como entraves: a) o mix público-privado na oferta de serviços e formas de gestão, inclusive no tratamento desigual dos recursos; b) o sub-financiamento crônico e agora institucionalizado com a Emenda Constitucional Nº 95/2016, que aprovou o teto dos gastos públicos, impactando sobremaneira o financiamento do SUS e da APS; c) interesses econômicos e financeiros ligados ao *lobby* de empresas médicas, planos de saúde, indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares; d) a burocracia e a descontinuidade administrativas; e) problemas de gestão; f) interferência partidária e uso clientelista dos serviços e da máquina pública; g) precarização do trabalho e terceirização; h) desmonte e tentativa de focalização a exemplo do que vem ocorrendo na APS e em outras políticas de saúde; i) além dos valores e da produção

micropolítica da subjetividade de trabalhadores, gestores e da sociedade em geral, inclinados para o individualismo e diminuição da solidariedade política (PAIM, 2018).

Quanto à saúde mental, apesar de ocupar lugar prioritário na política pública de saúde há mais de quinze anos (BRASIL, 2013), com inúmeros avanços em relação ao estabelecimento de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com a organização dos serviços de forma regionalizada, modelando fluxos e descentralizando referências para o estabelecimento de linhas de cuidado, começou a ser desmontado ainda no Governo Dilma Rousseff, quando o Ministério da Saúde esteve sob o mando do partido conservador MDB (Partido do Movimento Democrático Brasileiro). Mas foi nos Governos de Michel Temer e, posteriormente, de Jair Bolsonaro, que vieram os ataques mais fortes na tentativa de fazer ruir os pilares da Reforma Psiquiátrica Brasileira, com a alteração de portarias ministeriais e a elaboração de uma nova política de saúde mental.

Esses mecanismos institucionais contrarreformistas alteraram o financiamento da atenção psicossocial no sentido de fortalecer o hospital psiquiátrico e implantar serviços ambulatoriais, resultando no retorno da centralidade do poder psiquiátrico no modelo assistencial em detrimento da ação territorial e da estratégia de atenção psicossocial. Ademais, o campo Álcool e outras Drogas foi deslocado, em parte, para o Ministério da Cidadania que, em conjunto com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), redirecionou a atenção a pessoas com necessidades decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas para as Comunidades Terapêuticas, de caráter excludente e moralizador, na tentativa de deslegitimar os Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPSad) ou torná-lo funcional à lógica proibicionista (GUIMARÃES e ROSA, 2019).

Somado a isso, não podemos esquecer que o contexto de crise econômica e política foi agravado com a pandemia da COVID-19, colapsando o sistema de saúde já fragilizado, em uma realidade em que a desigualdade, o desemprego, a pobreza e a fome têm assolado o país. Tudo isso tem produzido impactos importantes nas condições de vida de diferentes camadas sociais, sobretudo nas classes populares, que estão cada vez mais vulnerabilizadas. Indiscutivelmente, há rebatimentos na saúde mental da população, resultando no aumento de agravos e maior exposição a quadros de sofrimentos em pessoas interseccionadas por marcadores sociais de classe, gênero, raça e origem de lugar. Nesse sentido, evidencia-se que o modelo tecnoassistencial de enfrentamento da pandemia no Brasil tem priorizado o financiamento e o fortalecimento de ações e serviços de alta complexidade, colocando a internação e a UTI como o principal foco de combate à COVID-19 em detrimento dos cuidados primários. Assim, tem-se esvaziado a capacidade e potência da APS em avançar com ações de vigilância por meio da busca ativa e identificação precoce de casos, no acompanhamento, monitoramento e coordenação do cuidado, além de estar perdendo seu papel de ordenador da rede na prevenção e no cuidado à doença (ALMEIDA FILHO, 2020).

Trata-se, portanto, de um panorama desanimador que reflete a racionalidade político-econômica e o campo de forças que imperam e disputam a direção do modelo sanitário que se pretende efetivar no país atualmente. No âmbito da saúde mental não é diferente. No caso da APS, mesmo com as ofensivas postas em termos estruturais e a tentativa de focalização

da assistência, é preciso reconhecer a potência dos cuidados primários em saúde a partir da implicação e da resistência dos profissionais que continuam a sustentar os avanços que foram conquistados em décadas na organização dos processos de trabalho, na produção de linhas de cuidado, na gestão da clínica e no cuidado territorial. É nesse bojo que retomamos o potencial de inovação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), criado em 2007 e renomeado como Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) em 2017. Em 2019 foi descontinuado pelo Ministério da Saúde, que vem estabelecendo novas bases para o financiamento da APS.

Mesmo diante dos descompassos na sua efetivação e funcionamento em certas localidades brasileiras, entendemos o NASF como um dispositivo propulsor da consolidação dos cuidados primários em saúde e da saúde mental na APS. As expectativas da Saúde Mental Global estão voltadas à necessidade de “aumentar o acesso”, contar com maior “disponibilidade e custo-efetividade” na oferta de cuidados primários, além dos “bons resultados clínicos” e a “promoção dos direitos humanos” diante da “elevada carga de doença dos transtornos mentais; da conexão entre problemas de saúde física e mental; e do enorme gap terapêutico dos transtornos mentais” ainda existente na realidade brasileira (WENCESLAU e ORTEGA, 2015, p.1123).

Em razão disso, é fundamental conhecer a capacidade de resposta efetuada pelo NASF e pela própria APS no Brasil, até mesmo para dimensionarmos os desafios atuais nesse nível de assistência. Assim, nosso objetivo é apresentar nesse artigo o cenário atual dos serviços da RAPS, dando destaque ao NASF. Pretendemos, com essa abordagem, conhecer em qual contexto nos encontrávamos antes da pandemia no que se refere às ações de saúde mental na APS, a partir da análise dos dados obtidos da avaliação realizada pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

Ressaltamos que não é possível fazer uma análise da atenção primária à saúde mental desconsiderando a situação da RAPS como um todo, inclusive quanto à sua regionalização, bem como o cenário de retração dos investimentos públicos, o avanço da desigualdade, da pobreza e iniquidades em saúde no Brasil, esgarçados na crise econômica e política nacional e no contexto pandêmico em curso. Nossa intenção é mostrar esse emaranhado de questões e de como a atenção à saúde mental sofre rebatimentos importantes com implicações na sua capacidade de resposta, que se apresenta bastante diferenciada para as populações que vivem em cidades de diferentes portes e infraestrutura de serviços. Alertamos que ignorar tais aspectos impõe resistências à efetivação de uma atenção integral e territorial, recaindo em um “hiato terapêutico” (WENCESLAU e ORTEGA, 2015) mundialmente conhecido e que implica na falta de reconhecimento dos problemas, de tratamento e acompanhamento adequados, lacunas que precisam ser revertidas para ampliar a capacidade de resposta do SUS no que se refere à saúde mental da população.

## **Método**

Esse estudo, de natureza descritiva, baseou-se nas informações da Coordenação Nacional de Saúde Mental e do Departamento da Atenção Básica (DAB) acerca dos serviços

que integram os principais pontos de atenção da RAPS. As informações foram reconstruídas a partir do banco de indicadores da plataforma Regiões e Redes<sup>1</sup>, de modo a relacionar os 5.570 municípios brasileiros em 438 regiões de saúde (Comissões Intergestores Regionais – CIR). Observou-se o quantitativo e as modalidades de serviços quanto à cobertura nacional, passíveis de serem desagregados em nível municipal, inclusive pelo porte populacional e as respectivas regiões de saúde que cada município integra. Quanto aos dados do PMAQ, focaram-se nas informações do segundo (2013-2014) e do terceiro (2015-2018) ciclos, cujos microdados estão disponíveis no endereço eletrônico do DAB<sup>2</sup>. Ao todo foram 30.522 e 68.065 equipes que participaram do segundo e terceiro ciclos da avaliação respectivamente, envolvendo profissionais da Estratégia Saúde da Família, da Saúde Bucal e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Para efeito desse estudo, consideramos apenas equipes NASF, totalizando 1.813 e 4.110 equipes em todo o país avaliadas em cada ciclo. A base de dados resultante foi analisada de forma descritiva com base no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) for Windows, versão 20.

## **Resultados e Discussão**

### **A RAPS e equipes NASF no cenário da regionalização da saúde**

A política de regionalização da saúde no Brasil, de acordo com Viana *et al.* (*apud* CAMPOS *et al.*, 2014) está em curso desde 2000, mas só foi implementada a partir de 2011. É um processo ao mesmo tempo técnico, que visa à definição de regiões a partir de suas singularidades para orientar o planejamento e gestão de Redes de Saúde, bem como político, no intuito de garantir a sustentabilidade do SUS através da organização do sistema de forma descentralizada e adequada às características locais e necessidades da população, viabilizando uma atenção integral e contínua. Segundo os autores, é possível, ao longo desse período, identificar inúmeros avanços na diminuição das desigualdades quanto à universalização da saúde. Contudo, os entraves são de grande magnitude como as coalizões políticas, as condições dos estados e municípios e suas políticas descoladas das diretrizes federais.

Existem aproximadamente 440 regiões de saúde formalmente instituídas em todo o país. Muitas dessas regiões de saúde são incapazes de atender 95% das necessidades de saúde de sua população (SANTOS e CAMPOS, 2015). O balanço apresentado por Viana *et al.* (2017) indica que alguns condicionantes, tais como os atores e espaços decisórios, as formas de contratação dos recursos humanos, os modelos de gestão, regulação e monitoramento e o lugar da APS na coordenação das redes, são elementos associados diretamente à dificuldade de atingir as metas de “planejamento regional com democratização, transparência e cooperação; de diminuir ou vencer barreiras de acesso (geográficas, culturais etc.) e de ampliar acesso, diminuir espera e garantir integralidade, com coordenação e equidade” (p. 22).

---

<sup>1</sup> Disponível em: <http://www.resbr.net.br/>

<sup>2</sup> Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq>

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em cada Região de Saúde está ordenada em diferentes pontos do SUS. No nível da APS, uma das principais estratégias desenvolvidas foi a criação das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), foco da nossa discussão. De acordo com o Ministério da Saúde, há três modalidades de NASF: a) tipo 1 – composto de no mínimo cinco profissionais e devendo assistir a, pelo menos, oito equipes de ESF; b) tipo 2 – voltado para municípios com menos de 10.000 hab/km<sup>2</sup>, com no mínimo três profissionais de nível superior para cobrir, pelo menos, três equipes de ESF; c) tipo 3 – voltado para atenção integral a usuários de crack, álcool e outras drogas, em municípios com menos de 20.000 habitantes.

Até o ano de 2018 contávamos com quase 6.000 equipes NASF implantadas no país, assim distribuídas: 44,9% concentradas nos estados da região Nordeste; 30,9% no Sudeste; 16,7% no Sul; 7,6% no Norte e 7% no Centro-Oeste. São 3.693 equipes NASF1 implantadas, 1.043 NASF2 e 1.251 NASF3. 80% das equipes NASF1 estão nos municípios do interior, com o destaque para as cidades de pequeno porte (45,23%). Das equipes NASF3, 99,8% estão igualmente nas cidades de pequeno porte. No entanto, observou-se que mais de 1.500 municípios brasileiros não contam com equipes NASF. Tal ausência é mais expressiva nos municípios de pequeno porte (48,56%) e médio porte (14,53%), condição que fragiliza a RAPS nessas localidades e se apresenta como uma forte barreira de acesso à saúde mental no âmbito do SUS.

No tocante às equipes avaliadas pelo PMAQ e sua distribuição, observamos:

No terceiro ciclo, 79 equipes não retornaram as informações da pesquisa. Apesar disso, percebe-se o avanço no processo de avaliação de um ciclo para o outro, cobrindo quase 70% das equipes existentes no país. O destaque da avaliação vai para as equipes do interior e de cidades de menor porte populacional o que demonstra, pela própria capilaridade territorial do NASF, uma avaliação bastante representativa da realidade do país, inclusive do ponto de vista da regionalização da assistência, pois as equipes estavam localizadas, no primeiro ciclo em 360 (n = 82,2%) das 438 CIR existentes no Brasil e, no terceiro ciclo, em todas as CIR do país.

**Tabela 1** - Caracterização das equipes NASF avaliadas no PMAQ.

	2º Ciclo (n=1.813)		3º Ciclo (n=4.031)	
	n	%	n	%
<b>Localização</b>				
Capital	276	15,2	325	8,1
Interior	1.537	84,8	3.706	91,9
<b>Porte</b>				
Grande	308	17	396	9,8
Médio-grande	71	3,9	96	2,3
Médio	213	11,7	295	7,3
Médio-pequeno	242	13,3	363	9
Pequeno	979	54	2.881	71,5

**Fonte:** Os autores.

Os dados da avaliação do PMAQ em ambos os ciclos revelam o seguinte cenário de trabalho das equipes NASF. Sobre a preparação das equipes para atuar na APS, do segundo ciclo consta que somente 45,6% receberam formação continuada e 51,6% participaram de ações de educação permanente para qualificar o trabalho após ingresso no serviço. No terceiro ciclo, apesar das mudanças do questionário quanto aos itens de avaliação, 78% das equipes indicaram que foram ofertados cursos e ações formativas para que os profissionais atuassem na Atenção Básica. A saúde mental e situações de conflitos sociais (violência, uso de álcool e outras drogas etc.) foram referidas no segundo ciclo como objeto das ações de educação permanente somente pela metade das equipes. No terceiro ciclo, essa informação foi suprimida do questionário. Por outro lado, grande parte das equipes avaliadas nos dois ciclos realizaram atividades de planejamento e programação de suas ações mensalmente (88% e 94,8%, respectivamente), inclusive, de forma conjunta ou integrada ao planejamento das equipes da ESF. Ademais, as equipes do segundo ciclo indicaram que a gestão disponibilizou dados epidemiológicos do município (70,3%), acompanhados dos principais problemas do território (78,4%) e das demandas que chegam à ESF (79,9%) para auxiliar no diagnóstico, avaliação e planejamento em saúde. No terceiro ciclo, esses três quesitos foram condensados em um único, cuja resposta foi positiva para 90,3% das equipes. Contudo, as ações de monitoramento e análise de indicadores e informações de saúde, em conjunto com as equipes que são apoiadas pelo NASF, foi menos frequente se comparada às anteriores (65%), no caso das respostas do segundo ciclo. Já no terceiro ciclo, este indicador foi qualificado positivamente por 90,3% das equipes investigadas.

Sobre a agenda e ações desenvolvidas, apesar de ter havido modificação dos itens do questionário entre os ciclos, constaram: atendimentos domiciliares (98,3% somente no segundo ciclo), atividades de educação em saúde (97,2% e 96,5%), consultas individuais (95,3% somente no segundo ciclo) e compartilhadas envolvendo ESF e NASF (90,7% e 94,7%), atividades comunitárias (92,3% somente no segundo ciclo), discussão de casos (91,5% e 97,6%), grupos terapêuticos (91,1% e 92,3%), ações de educação permanente (80,7% e 93,6%) e construção conjunta (ou compartilhada) de Projeto Terapêutico Singular (72,3% e 77,9%). Especificamente no terceiro ciclo, ainda constou como item de resposta ações de vigilância em saúde (74,3%).

Em relação aos casos de saúde mental no território, no segundo ciclo, 89,7% dos profissionais atendem e acompanham junto à ESF pessoas em sofrimento psíquico. Dado que sobe para 96,3% das equipes pesquisadas no terceiro ciclo, as quais indicam que apoiam e desenvolvem ações em saúde mental. Dentre as ações de cuidado em saúde mental realizadas pelas equipes NASF, em ambos os ciclos, destacam-se: a pactuação com as equipes sobre critérios e fluxos para atendimento dos casos pela própria ESF (72,9% e 91,1%); o suporte à ESF nas situações de compartilhamento dos casos com outros pontos de atenção (81,5% somente no segundo ciclo); o acompanhamento individual e/ou conjunto ao usuário e/ou seu grupo familiar (82% somente no segundo ciclo); o auxílio à ESF no manejo ou redução de psicofármacos (51,4% e 77,6%); sobre a organização de grupos terapêuticos

(60,9% somente no segundo ciclo); articulação do cuidado com outros dispositivos da rede de atenção a exemplo do Centro de Atenção Psicossocial/CAPS (75,3% e 73,5%) e oferta de outras ações terapêuticas concomitantes ao uso de psicofármacos (81,6%, constante apenas no terceiro ciclo).

Sobre o atendimento e acompanhamento de casos com necessidades decorrentes do uso abusivo, prejudicial ou dependente de álcool e/ou outras drogas, 80,2% das equipes do segundo ciclo e 88,8% do terceiro ciclo afirmaram realizar ações nesse sentido. Dentre as ações realizadas, o questionário do segundo ciclo é mais amplo abordando os seguintes itens: atenção humanizada ao usuário e/ou seu grupo familiar (65,1%); acompanhamento individual (67,8%); atendimento domiciliar (67,1%); auxílio à equipe no manejo ou redução da dose dos psicofármacos (44%); organização de grupo terapêutico (48,3%); articulação com outros dispositivos da rede de atenção (CAPS Álcool e Drogas) (68,3%) e atividades de prevenção ao uso de substâncias psicoativas em escolas ou outros espaços do território (62,7%). Já no terceiro ciclo, restou um único item nesse sentido referente às atividades de prevenção do uso de substâncias psicoativas em escolas ou outros espaços do território, sendo que 79,6% das equipes responderam afirmativamente.

Quanto ao panorama dos demais pontos da atenção da RAPS, inclusive para dar suporte à APS no país, observa-se que a cobertura de leitos psicossociais é baixa, pois somente 3,5% dos municípios brasileiros dispõem desse serviço. As unidades de acolhimento transitório adulto e infantil para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas são pouco numerosas. Dos 133 municípios que atendem ao critério de implantação (200.000 habitantes), somente 9,7% contam com unidades para adultos e 14,5% com unidades infanto-juvenis, evidenciando a necessidade de maior investimento nesse tipo de dispositivo.

No caso da cobertura CAPS, apesar de alcançarmos o patamar de mais de 2.300 serviços, se considerarmos somente as localidades que possuem os critérios para implantação, no caso do CAPS AD (70.000 habitantes) e CAPS AD 24h (150.000 habitantes), há ainda um número significativo de localidades que não contam com esses serviços: 214 localidades (50,6%) não contam com CAPS AD e 140 (79,1%) não contam com CAPS AD 24h. O quadro mais grave diz respeito a 183 municípios que não contam com ambos os serviços, especialmente aqueles localizados nas regiões mais interioranas, com destaque para localidades de médio pequeno porte (n=90) e médio porte (n=86).

Em contrapartida, as Comunidades Terapêuticas (CT), mesmo adotando caminho inverso à Política de Redução de Danos, pois estão fortemente orientadas pelo paradigma da abstinência, pela disciplina e pela vertente religiosa, estão assumindo um lugar importante frente à falta de cobertura dos CAPS AD e AD 24h. São 1.863 CT distribuídas em 713 municípios, 27% dos quais não contam com qualquer equipamento CAPS. Sobre a cobertura do CAPS infanto-juvenil, dos 423 municípios que obedecem ao critério de implantação, há pelo menos 275 localidades (65%) que não contam com este dispositivo. A situação do CAPS III (24h) ainda é mais delicada. Em função do parâmetro de implantação (150.000 habitantes), a cobertura está basicamente concentrada nas capitais e municípios

do interior de maior porte populacional. Apesar da importância do CAPSIII no processo de desinstitucionalização e superação do modelo hospitalocêntrico na atenção à crise, pelo menos sete estados brasileiros não contam com esse serviço.

Se ampliarmos a lente analítica para o processo de regionalização e interiorização da RAPS no país, pelo menos 324 municípios com população entre 15.000 a 20.000 habitantes não contam com qualquer serviço CAPS. Nesse aspecto, há ainda muito para avançar, inclusive na APS, na perspectiva de superar o déficit de 4.492 equipes NASF nos municípios menores, em que a ausência desse serviço é mais expressiva (48,56% pequeno porte e 14,53% médio porte). A situação é mais grave nas regiões de saúde (n=13) que contam somente com equipes de Agentes Comunitários de Saúde/ACS, ESF ou NASF como único ponto de atenção psicossocial em seus territórios: Norte (Amapá = 1, Amazonas = 2 e Rondônia = 1); Centro-Oeste (Goiás = 2) e Sudeste (Minas Gerais = 2 e São Paulo = 5). Apesar de figurar um número pequeno frente as 438 regiões existentes no país, essas 13 regiões representam um conjunto de 104 municípios, que somam 1.677.550 habitantes, cuja retaguarda em saúde mental é apenas a APS.

Pelo exposto, temos, portanto, um difícil panorama no âmbito da atenção primária à saúde mental. Percebe-se, pela análise dos dois ciclos do PMAQ, a importância do NASF e dos esforços empreendidos pelo aumento do número de equipes e incremento de ações para atender tanto as prerrogativas da APS, quanto as da Atenção Psicossocial. Por outro lado, a despeito dos avanços na Política de Saúde Mental no Brasil nos últimos 20 anos, inclusive sob a perspectiva da regionalização e interiorização, registram-se pontos de parada e distorções importantes no processo de universalização da atenção psicossocial para além daquelas anteriormente sinalizadas no nível da APS e do NASF (MACEDO *et al.*, 2017).

Tais fragilidades resultam em obstáculos à universalização do acesso e à capacidade de resposta à saúde mental no âmbito do SUS, não apenas em função das ofensivas à Reforma Psiquiátrica Brasileira, mas também à Política Nacional de Atenção Básica, com a alteração do seu financiamento que vem reverberando diretamente na viabilidade do NASF. A depender de como as gestões municipais entendem a importância do NASF para o fortalecimento da APS, fica condicionada à manutenção ou não das equipes, acabando por expor a população a barreiras de acesso, lacunas de tratamento e vazios assistenciais, particularmente em localidades que dispõem apenas de equipes da ESF, ACS e NASF.

Percebe-se, portanto, a importância das equipes NASF como dispositivo indutor e articulador entre a Atenção Psicossocial e APS. A responsabilização compartilhada dos casos e a regulação do fluxo de usuários nos serviços, apesar de não ser uma realidade generalizável para todas as equipes, potencializam a integralidade e a continuidade do cuidado em saúde mental no território por meio da articulação de diversos recursos de apoio e suporte social do entorno, evitando práticas de psiquiatria e isolamento (FIGUEIREDO e CAMPOS, 2009). O estudo de Russo *et al.* (2021), que trata da contribuição do PMAQ sobre hospitalizações evitáveis, cobriu todos os municípios brasileiros entre 2009 e 2018, fornecendo evidências de que, ao melhorar a qualidade da atenção na APS, os níveis de

hospitalização são reduzidos, especialmente quanto a patologias sensíveis a esse nível de atenção.

Assim, iniciativas como a do matriciamento e apoio clínico-institucional tornam-se importantes estratégias de produção do cuidado, educação permanente e troca de saberes, realizadas em conjunto com as equipes da ESF de maneira a proporcionar novas sensibilidades e manejo técnico-instrumental, para receber demandas em saúde mental e acolhê-la de maneira adequada e humanizada. Além disso, são ferramentas que atuam como importante articulador da rede de serviços de saúde, aumentando o leque de possibilidades e circulação dos usuários pelos diversos domínios da rede de cuidado. Tudo isso precisa ser alvo de fortes investimentos políticos, financeiros e humanos (HIRDES e SCARPARO, 2015; MINÓIA e MINOZZO, 2015). Nesse sentido poderemos, quiçá, impactar fortemente nos alarmantes números de internação psiquiátrica, no tempo médio de internação e nos casos de suicídio registrados no país.

Em síntese, são muitos os desafios que surgem no contraditório processo de consolidação da política brasileira de saúde mental de forma regionalizada, considerando as inúmeras áreas que concentram vazios assistenciais. Essas áreas têm um déficit de serviços/equipes, o que expõe a fragilidade do SUS em garantir ações adequadas para acolher as demandas em saúde mental em todo território nacional, com potencial de contribuir no enfrentamento das iniquidades em saúde, das vulnerabilidades sociais, associadas, em parte às inúmeras internações psiquiátricas desnecessárias.

Quanto aos NASF, pela literatura que trata sobre o tema em diferentes realidades do país, há problemas em relação à qualificação técnica, à inserção das equipes nos territórios, na articulação com a ESF e desmotivação dos profissionais. Registram-se práticas pulverizadas e sem continuidade, impasses importantes junto à gestão dos municípios e o desconhecimento da clínica da APS e sua governança. Há um conjunto de aspectos que conferem uma certa invisibilidade ao NASF, ou pior, dão a impressão de que não impactam no funcionamento da rede (coordenação dos cuidados) e, conseqüentemente, na situação de saúde da população. A maior parte dos problemas cotidianos dos NASF são derivados da falta de planejamento, de definição clara de metas, de objetivos e ações a serem desenvolvidas e, especialmente, da ausência de regulação profissional e do trabalho (DIMENSTEIN, 2013; ORUÉ *et al.*, 2018; ARAÚJO e FERREIRA NETO, 2019).

Este, portanto, é o quadro que nos encontramos na atualidade. Com a chegada da pandemia da COVID-19 em 2020, esse quadro tendeu a se agravar pelo descompasso e falta de direção na condução das ações de enfrentamento à pandemia e pelo esvaziamento da APS em curso, que vem afetando a ampliação do acesso e a qualificação da assistência à saúde mental. Para tanto, é fundamental que haja esforços e articulação política por parte dos usuários, trabalhadores e gestores em instâncias decisórias como as comissões intergestoras regionais (CIR) e conselhos gestores nacionais dos secretários municipais (CONASEMS) e estaduais de saúde (CONAS), além das comissões intergestoras bipartite (CIB) e tripartite (CIT). É urgente, nesse sentido, potencializar sistemas e redes de atenção, considerando

a complexidade dos aspectos envolvidos e a exigência de abordagens multidimensionais, interdisciplinares, intersetoriais e interprofissionais em saúde (ALMEIDA FILHO, 2020).

## Considerações Finais

A APS representa uma conjuntura privilegiada para o desenvolvimento dos cuidados primários à saúde mental e descentralização do hospital psiquiátrico. O Brasil ainda apresenta problemas quanto à capacidade de resposta em saúde mental na Atenção Primária, os quais se referem à efetividade, continuidade dos cuidados, equidade, acessibilidade e aceitabilidade (ALBUQUERQUE e MARTINS, 2017). Há populações desassistidas e lacunas de tratamento nos dispositivos de maior complexidade da rede de atenção psicossocial no país inteiro, configurando vazios assistenciais. Por outro lado, há regiões que só contam com equipes da ESF que, por sua vez, não são devidamente assistidas por especialistas para lidar com a complexidade de demandas que requerem intervenções imediatas, especialmente com relação à atenção à crise, ao uso racional de medicamentos, ao manejo de situações de cárcere privado, à dependência química e à abordagem à população de rua. Questões de raça/etnia, gênero e sexualidade são invisibilizadas, bem como os atravessamentos da violência e exclusão social na saúde mental.

A produção de cuidados primários continuados e integrados à saúde mental implica, necessariamente, na superação de uma série de obstáculos de ordem macro e micropolíticos, cujo debate precisa ser potencializado na agenda política e sanitária brasileira em conjunto com outras urgências sociais. Tal preocupação se apresenta não apenas diante do aumento dos níveis de ansiedade e depressão na população em geral na pandemia e dos impactos à saúde mental produzidos pelas restrições sanitárias, tal como vem sendo apontado pela literatura mundial, mas sobretudo pela vulnerabilização de grupos específicos, como é o caso das minorias sexuais, povos tradicionais, população de rua, dentre outros, assim como pela intensificação de sintomas entre pessoas com transtornos mentais diante da própria pandemia ou pela limitação de acesso aos serviços de saúde.

Todavia, não podemos desconsiderar que a deterioração da saúde mental no Brasil está associada a cenários de vulnerabilidades prévias e de sofrimentos crônicos vividos por uma parcela considerável da população. Em outras palavras, a ampliação dos graus de sofrimento psíquico tem relação direta com desigualdades pré-existentes, com as iniquidades sociais que rebatem no processo saúde-doença, bem como com o desmonte das políticas públicas. O impacto psicossocial gerado pela precarização sistemática das condições de vida, por sua vez, não é uniforme e está condicionado a marcadores sociais de gênero, classe, raça e origem de lugar.

## Referências Bibliográficas

ALBUQUERQUE, C. e MARTINS, M. Indicadores de desempenho no Sistema Único de Saúde: uma avaliação dos avanços e lacunas. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. especial, p. 118-137, 2017.

- ALMEIDA FILHO, N. Modelagem da pandemia Covid-19 como objeto complexo. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 34, p. 97-118, 2020.
- ARAÚJO, C. B. e FERREIRA NETO, J. L. Apoio matricial no NASF: uma revisão sistemática de literatura. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 25, p. 626-646, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental**. Brasília, Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União. Brasília, Ministério da Saúde, 2011.
- CAMPOS, R. T. O. *et al.* Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 252-264, 2014.
- DIMENSTEIN, M. La Reforma Psiquiátrica y el modelo de Atención Psicosocial en Brasil: en busca de cuidados continuados e integrados en Salud Mental. **Revista CS**, Cali, n. 11, p. 43-71, 2013.
- FAGNANI, Eduardo. O fim de um ciclo improvável (1988-2016): a política social dos governos petistas e a derrocada da cidadania pós-golpe. In: MARIGINI, G. e MEDEIROS, G. (orgs.). **Os cinco mil dias do lulismo: transformação ou transformismo?** p. 117-32, 2017.
- FIGUEIREDO, M. D. e CAMPOS, R. O. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 129-138, 2009.
- GUIMARÃES, T. A. e ROSA, L. C. S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, v.22, n. 44, p.111-138, 2019.
- HIRDES, A. e SCARPARO, H. B. K. O labirinto e o minotauro: saúde mental na atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 383-393, 2015.
- MACEDO, J. P. *et al.* A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 155-170, 2017.
- MINÓIA, N. P.; MINOZZO, F. Acolhimento em saúde mental: operando mudanças na atenção primária à saúde. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 35, n. 4, p. 1340-1349, 2015.

- ORUÉ, A. L. *et al.* Implantação, planejamento e monitoramento do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: um estudo nacional a partir do PMAQ-AB. **Sociedade e Cultura**, Goiás, v. 21, p. 117, 2018.
- PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 23(6), 1723-1728, 2018.
- RUSSO, L. X. *et al.* Pagamento por desempenho na atenção básica: a contribuição do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) sobre hospitalizações evitáveis no Brasil, 2009-2018. **BMJ Global Health**, 2021; 6: e005429.
- SANTOS, L.; CAMPOS, G. W. S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 438-446, 2015.
- VIANA, A. L. A. *et al.* Região e Redes: abordagem multidimensional e multinível para análise do processo de regionalização da saúde no Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 17, n. 1, p. 07-26, 2017.
- WENCESLAU, L. D. e ORTEGA, F. Saúde mental na atenção primária e saúde mental global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. **Interface: comunicação**, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1121-1132, 2015.