REVISTA SAÚDE.COM
ISSN 1809-0761
Vol 22, Nº 2, 2026, 98-118
DOI: 10.22481/rsc.v22i2.18449
Artigo de Revisão | Review Article

Na linha de frente do cuidado em saúde mental: desafios e possibilidades

Milena Donaduzzi[1] Jaciana Mayra Santos de Assis[2] Valdelice Nascimento de França[3]

[1,2,3] Escola de Saúde Pública do Distrito Federal – Brasil.
*Autor de correspondência: milenadonaduzzi@gmail.com

PALAVRAS-CHAVE:
Saúde Mental
Atenção Primária à Saúde
Atenção Psicossocial

RESUMO

Este trabalho analisa a atuação da Atenção Primária à Saúde (APS) no cuidado de usuários em sofrimento psíquico, discutindo seus limites e potências no campo da Saúde Mental (SM). Trata-se de uma revisão de literatura teórico-reflexiva, de abordagem qualitativa, realizada nas bases BVS, PePSIC e SciELO, considerando publicações de 2022 a 2024. Os resultados apontam desafios como a fragilidade na corresponsabilização entre os níveis de atenção, a baixa capacidade de manejo dos casos na APS, a ausência de critérios de encaminhamento e a indefinição do papel regulador da APS no acesso à atenção especializada. Ademais, destacam-se as limitações territoriais, a insuficiência da cobertura da Rede de Atenção Psicossocial e a prevalência de práticas biomédicas. Apesar disso, emergem potências relacionadas ao fortalecimento do vínculo, à escuta qualificada, às ações coletivas, à articulação intersetorial e à organização de fluxos que valorizam a singularidade dos usuários. Conclui-se que a APS desempenha papel central no cuidado em SM, demandando investimentos para ampliar sua capacidade de acolhimento, manejo e coordenação do cuidado.

KEYWORDS:
Mental Health
Primary Health Care
Psychosocial Care

ABSTRACT

This study analyzes the role of Primary Health Care (PHC) in the care of people experiencing psychological distress, discussing its limitations and potential within the field of Mental Health (MH). It is a theoretical-reflective literature review with a qualitative approach, conducted through searches of the BVS, PePSIC, and SciELO databases, including publications from 2022 to 2024. The findings highlight challenges such as weak shared responsibility across levels of care, limited capacity for case management in PHC, the absence of referral criteria, and the unclear regulatory role of PHC in access to specialized care. In addition, territorial constraints, insufficient coverage of the Psychosocial Care Network, and the predominance of biomedical practices were identified. Despite these challenges, the review highlights strengths related to the strengthening of therapeutic bonds, qualified listening, collective actions, intersectoral collaboration, and the organization of care pathways that recognize the uniqueness of service users. The study concludes that PHC plays a central role in mental health care and requires investment to strengthen its capacity for welcoming care, case management, and care coordination.

SUBMETIDO: 08 de dezembro de 2025 | **ACEITO:** 14 de julho de 2026 | **PUBLICADO:** 06 de agosto de 2026
© REVISTA SAÚDE.COM 2026. Este artigo é distribuído sob uma Licença Creative Commons Attribution 4.0 International License

Introdução

No Brasil, a política de Saúde Mental (SM) estrutura-se pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), articulando serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) à atenção hospitalar para pessoas em sofrimento psíquico, transtornos mentais ou uso de álcool e outras substâncias[1]. Seu objetivo é ampliar o acesso à atenção psicossocial e integrar os pontos da rede, priorizando serviços comunitários e territoriais[2].

O Ministério da Saúde define diretrizes para a RAPS que promovem equidade, reconhecem determinantes sociais da saúde, combatem estigmas e garantem acesso qualificado aos serviços. A RAPS organiza-se em diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), tendo início na APS e abrangendo serviços de Atenção Especializada (AE), como Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), unidades de acolhimento, atenção de urgência e hospitais gerais[1].

A APS é a principal porta de entrada do SUS, sendo estratégica para detecção precoce, escuta qualificada e acolhimento em SM. Orientado pela integralidade e intersetorialidade, o cuidado considera aspectos clínicos e determinantes sociais da saúde[3]. Em 2024, muitos municípios de pequeno porte não alcançavam o critério populacional necessário para implantação de CAPS: 3.291 deles tinham menos de 15 mil habitantes, totalizando cerca de 23 milhões de pessoas (10,8% da população), que dependiam quase exclusivamente da APS como principal ponto de cuidado em SM[3]. Apesar de seu papel central, a APS enfrenta desafios, como a escassez de profissionais e a baixa integração da rede. Muitos trabalhadores ainda se sentem despreparados, o que leva a encaminhamentos à AE, mesmo quando a APS poderia atuar de forma eficaz[4].

Com apoio adequado, os trabalhadores podem promover escuta qualificada, fortalecer vínculos, realizar intervenções psicossociais e articular-se com os demais pontos da RAPS. Reconhecer os limites e potencialidades da APS é essencial para qualificar as práticas e garantir um cuidado mais humanizado, integral e resolutivo[3]. Este estudo tem como objetivo analisar produções científicas acerca do cuidado em SM na APS, refletindo sobre o manejo do sofrimento

psíquico, os desafios enfrentados na prática e a existência de critérios para encaminhamento à AE.

Métodos

Trata-se de pesquisa qualitativa[5], de revisão bibliográfica, sobre o cuidado em SM na APS. Esse tipo de pesquisa consiste no levantamento e na análise de produções já publicadas, com o objetivo de reunir e examinar contribuições teóricas pertinentes ao tema[6].

A busca foi realizada nas bases BVS, SciELO e PePSIC, por meio da combinação de descritores com operadores booleanos (AND/OR). Foram utilizados os termos: Saúde Mental; Transtorno Mental; Serviço de Saúde Mental; Atenção Psicossocial; Cuidado de Saúde Mental Baseado na Comunidade; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Serviço de Saúde Comunitária; Unidade Básica de Saúde; Serviço Básico de Saúde; Sistema Único de Saúde; Integralidade em Saúde; Acesso ao Serviço de Saúde; Território; Acolhimento; Matriciamento; Intersetorialidade; SUS, presentes nos títulos, resumos ou corpo dos artigos.

Foram incluídos textos em português, publicados entre 2022 e 2024, disponíveis na íntegra. Excluíram-se estudos sobre SM de profissionais, pesquisas com estudantes, duplicidades, materiais não científicos, teses, dissertações e livros, artigos sem foco na prática da APS e produções centradas na pandemia. Por se tratar de revisão bibliográfica, não houve necessidade de submissão a Comitê de Ética. Ao todo, foram identificados 114 materiais (94 na BVS, 19 na SciELO e 1 na PePSIC), dos quais 41 compuseram o corpus final após leitura dos resumos e dos textos completos. Como limites, destacam-se o recorte temporal, as bases selecionadas e a estratégia de busca adotada, que podem ter restringido a recuperação de estudos pertinentes. Soma-se a isso o caráter interpretativo inerente à seleção dos artigos e à análise qualitativa do material.

A análise de conteúdo, com base em Bardin, compreendeu as etapas de pré-análise, exploração do material, tratamento dos dados e interpretação. O material foi fragmentado em unidades de sentido, posteriormente agrupadas em

categorias[7], considerando-se a frequência e a relevância dos elementos identificados[8]. A análise resultou em três eixos: possibilidades, ações e estratégias em SM na APS; desafios e práticas que fragilizam esse cuidado; e critérios e dificuldades no encaminhamento da APS para a AE. Os resultados são apresentados a seguir.

Resultados e Discussão

Possibilidades, ações e estratégias em saúde mental na APS

A literatura evidencia uma diversidade de dispositivos que sustentam o cuidado em SM na APS. Os dados apontam as tecnologias utilizadas, sendo as leves aquelas baseadas nas relações humanas[9]; as leve-duras, relacionadas aos conhecimentos estruturados; e as duras, compostas por equipamentos e medicamentos[10]. Nesse contexto, o acolhimento, entendido como tecnologia leve, constitui dispositivo central por viabilizar um fazer clínico múltiplo, amplo e singular em cada encontro[9,11]. Sua relevância decorre da possibilidade de atender demandas espontâneas e envolver diferentes profissionais[12,13], favorecendo um cuidado integral, universal e pautado na equidade[14]. Além de oferecer espaço de escuta, orientação e expressão de sentimentos[15-18], o acolhimento contribui para o pertencimento do usuário à rede[19] e para a continuidade do cuidado por meio da articulação com outros serviços[10,20-22], em consonância com o modelo psicossocial[23].

O vínculo também se destaca como um dos principais recursos da APS[10,24], por favorecer relações horizontais, diálogo respeitoso e construção compartilhada das ações de cuidado[12,18,22,25-27]. A partir dele, tornam-se mais viáveis o suporte emocional, identificação de riscos[9,28,29] e a aproximação ao serviço de saúde[17]. Nessa direção, o projeto terapêutico singular (PTS) configura-se como ferramenta relevante para organizar condutas voltadas às necessidades do sujeito, com participação de profissionais, usuários e familiares[18,21]. A literatura também ressalta que a consideração do contexto familiar é parte constitutiva do cuidado em

SM[23,27,30], seja na adesão ao tratamento nos casos relacionados ao uso de Substâncias Psicoativas (SPA)[12,16]; ou na compreensão da história e das necessidades das crianças[15,31]. Isso evidencia que o cuidado em SM, na APS, não pode ser dissociado das dimensões sociais e relacionais do sujeito.

A clínica ampliada, por sua vez, reafirma a necessidade de associar o cuidado ao território[23]. Nesse sentido, a busca ativa e a visita domiciliar (VD) mostram-se estratégias importantes para acompanhar de perto as situações, compreender os determinantes do sofrimento psíquico e atuar na proteção e prevenção de agravos[12,29]. Além de ampliarem o acesso, essas ações favorecem a descentralização do cuidado[14] e o fortalecimento de vínculos[32].

As atividades grupais aparecem na literatura como estratégia relevante por articularem integralidade e autonomia[11,22,32-34]. Diferentes intervenções podem ser desenvolvidas nessa modalidade, inclusive no campo da infância[35]. Trata-se de uma estratégia de baixo custo e coerente com as políticas públicas[22]; que pode reduzir a procura exclusiva por atendimentos individuais[26,34]. No mesmo sentido, as ações educativas também compõem a RAPS e devem estar ancoradas nas necessidades do território, com vistas à ampliação do acesso à informação em saúde[36]. Quando desenvolvidas de forma contínua e em diferentes espaços, contribuem para o fortalecimento da relação com a população[29], potencializam o cuidado integral e favorecem a otimização dos atendimentos[37].

Outra possibilidade de ampliação do cuidado na APS refere-se às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), que valorizam saberes não biomédicos e reforçam uma compreensão ampliada do usuário[27]. Seu uso tem sido associado à redução do consumo de medicamentos[21,38-40], sugerindo contribuição para o fortalecimento de abordagens integrais em saúde[38]. Nessa mesma perspectiva, a prática de atividades físicas, promovida no âmbito da APS, aparece como estratégia relacionada à prevenção e ao controle de doenças, bem como à promoção de bem-estar e melhora das condições físicas e mentais[41].

Também nessa lógica se inserem as ações orientadas pela redução de danos, que deslocam o foco do sintoma isolado e consideram o usuário de SPA em sua complexidade, valorizando intervenções compartilhadas, respeito à autonomia e construção de estratégias significativas para o sujeito[23].

Os agentes comunitários de saúde (ACS) ocupam posição estratégica nesse processo, ao articularem o cuidado na rede, compartilharem informações, apoiarem a elaboração do PTS e favorecerem práticas voltadas à autonomia e ao protagonismo dos usuários[23]. Sua atuação também se faz presente em espaços coletivos, como grupos[32], e na identificação de demandas envolvendo crianças[31].

A literatura também destaca a relevância das equipes multiprofissionais para o cuidado em SM na APS, uma vez que o compartilhamento das demandas[18] reduz o risco de intervenções reducionistas e amplia as possibilidades de resposta[9,14,20]. A atuação articulada entre diferentes saberes tende a qualificar o cuidado, ampliar o acesso e aumentar a efetividade das intervenções[29], ao mesmo tempo em que oferece suporte à angústia mobilizada pela clínica da SM[42]. Nessa direção, as reuniões de equipe configuram-se como espaços privilegiados para discussão de casos e articulação interdisciplinar das práticas[9,12].

Do mesmo modo, os diálogos intersetoriais ampliam a capacidade de resposta às necessidades em SM, ao possibilitarem abordagens integradas e contextualizadas. No cuidado infantojuvenil, destacam-se as interlocuções com as escolas[15,23], assim como as articulações com serviços da assistência social, a exemplo do Centro de Referência em Assistência Social (CRAS)[23].

No âmbito da articulação entre APS e AE, o matriciamento aparece como estratégia central para construção e inovação das práticas em saúde[42]. O contato entre CAPS, Unidade Básica de Saúde (UBS) e Estratégia Saúde da Família (ESF) constitui exemplo recorrente dessa dinâmica[37]. O matriciamento viabiliza a discussão de casos entre diferentes pontos da rede[12,14,17,35], amplia a capacidade de avaliação da gravidade das situações e contribui para encaminhamentos mais adequados, além de se configurar como importante instrumento de prevenção de crises[13,14,21,29,32,37,43,44]. Os ACS também se beneficiam desse dispositivo, na medida em que recebem apoio para suas intervenções e ampliam a compreensão do território e das possibilidades de ação[32,44]. Nesse campo, os estudos também destacam a relevância do Núcleo Ampliado de Saúde da Família na Atenção Básica (NASF-AB), apontado como potencialidade da RAPS[44] por integrar diferentes profissionais e áreas[10,20,28,30]. Mais recentemente, essa função passou a ser desempenhada pela e-Multi, equipe que fortalece ações de promoção e

prevenção em saúde e contribui para reduzir a demanda por serviços especializados[13,20,21].

Por fim, a educação permanente[44] é apontada como ferramenta fundamental de apoio à prática cotidiana, sobretudo por responder a lacunas da formação profissional[37]. Além de favorecer o reconhecimento dos papéis no cuidado, contribui para a transformação de paradigmas em SM[29], e para o enfrentamento do estigma ainda associado ao tema[20].

Desafios e práticas que fragilizam o cuidado em saúde mental na APS

A presente categoria contou com o maior número de achados. Observou-se que profissionais da APS frequentemente não reconhecem as potencialidades de suas próprias práticas no cuidado aos usuários. Ações como acolhimento, escuta e atividades grupais, embora promotoras de vínculo e corresponsabilização[22], nem sempre são identificadas como cuidados em SM. Essas iniciativas, baseadas em tecnologias leves, tendem a não ser validadas por se distanciarem da lógica biomédica[42]. Muitas vezes, as equipes não reconhecem os cuidados em SM como parte de suas atribuições[16,42,44,45], e isso se deve tanto pela insegurança dos profissionais da APS diante de situações de crise[29], como também pelo estigma e aos sentimentos que atravessam a prática[20].

A partir disso, observa-se a delegação do cuidado em SM a profissionais e serviços especializados, com encaminhamento frequente do usuário ao psiquiatra ou psicólogo[10,16,20,22,28,29,31,32]. A falta de incentivo à ampliação do conhecimento fragiliza a corresponsabilização da APS[37], favorece processos de desresponsabilização[15,29] e reforça a separação do sujeito entre especialidades, direcionando a saúde física à APS e a saúde mental ao CAPS[20]. Como consequência, tem-se o enfraquecimento do vínculo do usuário com a APS[46], prejudicando a longitudinalidade do cuidado.

As condutas descritas evidenciam a fragmentação do cuidado e as dificuldades do trabalho em uma rede fragilizada, caracterizada pela desarticulação da atenção e pela ausência de intersetorialidade[15,17,19,23,24,29,37,44,45]. Somam-se a isso as dificuldades na comunicação e o não reconhecimento dos

fluxos institucionais, como referência e contrarreferência, que também comprometem o cuidado[28,37]. Essa situação pode reforçar a percepção de que a APS não possui capacidade suficiente para atender casos de SM no território[20]. Tal percepção também se manifesta na relação com os usuários, que muitas vezes não reconhecem a APS como espaço legítimo de cuidado em SM e buscam diretamente o CAPS ou o especialista, mesmo em situações que poderiam ser acompanhadas na UBS[20,37]. Entre usuários de Substâncias Psicoativas (SPA), a UBS é procurada apenas por outras condições de saúde, evidenciando a segregação no cuidado[23].

Observa-se a predominância do modelo biomédico e de condutas medicamentosas, com foco na doença, no diagnóstico e no atendimento clínico[13,21,31,42]. A APS mantém a hegemonia desse modelo, sustentada por uma lógica manicomial centrada no médico e na prescrição[12,13,16,23,24,29,45,47]. A medicalização aparece como resposta única ao sofrimento psíquico[24], o que evidencia a redução da complexidade do cuidado a intervenções centradas no sintoma, na precipitação de diagnósticos e prescrições pouco implicadas com a produção de vida e saúde. Esse trabalho burocratizado e técnico[15] expressa a centralidade de tecnologias duras, distantes dos princípios da atenção psicossocial da Reforma Psiquiátrica[10]. A clínica da SM, por não se basear na objetividade biomédica[42], desafia a ruptura com protocolos padronizados e exige abordagens para além desse modelo[32].

Por vezes, os atendimentos psicológicos individuais são considerados principal estratégia de cuidado[11,13,25]. Embora possam compor a lógica da RAPS, a centralidade atribuída a esse formato, somada à antecipação de consultas psiquiátricas[24], à medicalização prematura[22] e à internação como resposta às crises[24], reafirma a persistência de uma lógica manicomial e tutelar. Os atendimentos individuais geram sobrecarga nos serviços especializados[19], enquanto os grupos terapêuticos e de convivência são alternativas fundamentais no cuidado em SM[24].

Identificaram-se dificuldades no trabalho territorial, sobretudo porque a alta rotatividade dos usuários compromete a continuidade do cuidado. A ausência de uma referência definida de área de abrangência pode fragilizar a criação de

vínculos, já que as mudanças frequentes de território dificultam o acompanhamento e, muitas vezes, impedem que os profissionais mantenham contato com o usuário e sua família[20]. Além disso, a incompatibilidade entre o horário de funcionamento da UBS e a rotina das pessoas prejudica o acesso e compromete a assistência[23]. Por fim, o trabalho em saúde exige a compreensão das dinâmicas sociais[9], mas, em contextos de violências e desigualdades, emergem medos, silenciamentos e limitações de intervenção[23]. Nesses casos, o território pode constituir-se como produtor de sofrimento e risco, impactando diretamente a atuação profissional.

A literatura destaca o estigma e o preconceito relacionados ao uso de substâncias como fatores que fragilizam a RAPS[12]. A percepção negativa do usuário de SPA dificulta o vínculo e leva à minimização de seu sofrimento[17]. Também persistem o medo e a associação com a criminalização desse público[23], tornando o cuidado ao usuário de drogas um dos maiores desafios da rede[44]. Nesse cenário, a adoção da redução de danos torna-se mais difícil[23], enquanto prevalecem práticas proibicionistas e centradas na abstinência, distantes dos princípios da RAPS[16]. Como desdobramento, observa-se a tendência – por parte dos usuários – à busca de respostas hospitalocêntricas, com reforço de práticas de reclusão e internação. É comum a solicitação direta por internação em clínicas de reabilitação[12], sendo as Comunidades Terapêuticas (CTs) uma das alternativas recorrentemente associadas a esse tipo de demanda. Tal cenário evidencia não apenas a fragilidade da abordagem psicossocial, mas também a permanência de práticas moralizantes e tuteladoras do sujeito[23].

Além do uso de SPA, persistem o estigma e o preconceito relacionados aos transtornos mentais e ao sofrimento psíquico. A insegurança e a visão estereotipada dos diagnósticos dificultam a responsabilização pelo cuidado. A concepção antiga de "loucura" ainda sustenta a ideia de perigo ou incapacidade, distanciando-se das reais necessidades de cuidado diante do sofrimento vivido[10,12,20].

Os estigmas também afetam as atividades grupais na APS, havendo descrença dos profissionais quanto à adesão aos grupos de SM, o que leva a sua desativação[26]. Em algumas comunidades não há uma cultura participativa, o que

limita essa prática[37]. A ausência de atividades grupais é recorrente na APS, apesar de esses espaços serem fundamentais para a socialização e convivência[29] e constituírem importante ferramenta terapêutica na SM[30].

A literatura aponta o desconhecimento de profissionais e usuários sobre as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), o que dificulta sua indicação e gera desconfiança quanto à eficácia. Soma-se a isso a falta de apoio da gestão, de coordenação e de políticas municipais específicas[39], além da escassez do tema nos currículos da saúde, levando os profissionais a buscarem formação de forma autônoma[38]. Apesar do reconhecimento nacional, as PICS carecem de financiamento próprio, e muitas vezes os profissionais arcam com os custos para mantê-las[39].

Verifica-se que muitas dificuldades decorrem da fragilidade na formação em SM, resultando no despreparo dos profissionais diante das demandas relacionadas ao sofrimento psíquico e/ou ao uso de substâncias[14,16,21,28]. Habilidades comunicacionais, essenciais ao cuidado, nem sempre são desenvolvidas[48], e o campo exige investimento contínuo, pois o sofrimento requer a reinvenção de saberes e práticas[13]. Embora existam as capacitações em serviço, os estudos apontam que elas costumam ser breves, superficiais e desvinculadas das demandas do território, não substituindo a necessidade de educação permanente[10,13,17,23], cuja ausência contribui para a fragmentação das práticas[16,37]. Nesse contexto, profissionais tendem a recorrer a tecnologias mais rígidas, como protocolos e instrumentos, em busca de maior segurança para orientar a assistência[28,49], o que também reflete a fragilidade dos espaços coletivos de aprendizagem e apoio técnico.

O matriciamento surge, na literatura, como estratégia essencial para qualificar o cuidado em SM na APS, porém sua implantação efetiva ainda é limitada, e muitas equipes desconhecem sua função[17]. Um exemplo disso são as atividades intersetoriais entre CAPS e CRAS que, embora relevantes, acabam sendo registradas como matriciamento sem envolver, de fato, a APS[37]. Soma-se a isso a escassez dessa prática em regiões interioranas[13].

As dificuldades da APS no cuidado em SM refletem tanto a deficiência de capacitação quanto a fragilidade do apoio matricial, especialmente após a

substituição do NASF-AB pela e-Multi. A Portaria nº 2.979/2019 impactou esse processo ao retirar o NASF-AB como modelo de referência, deixando sua manutenção a critério dos municípios[10,29]. Além disso, o registro inadequado de ações como matriciamento, para fins de comprovação de indicadores, falseia a realidade e dificulta o reconhecimento das demandas territoriais[37].

Na prática cotidiana da APS, os desafios incluem a indisponibilidade dos profissionais para discussões em SM, em razão da baixa frequência ou ausência de encontros[43], das agendas sobrecarregadas[13,29,43] e das dificuldades de acesso entre equipes, inclusive por falta de transporte[13]. A presença de demandas reprimidas de outras áreas[24,37] reforça uma lógica produtivista, em que a quantidade se sobrepõe à qualidade do cuidado[35]. Soma-se a isso a ausência de vínculo entre a APS e a rede especializada, o que fragiliza a articulação da RAPS e compromete a continuidade do cuidado[13,17].

Também se destacam problemas ligados às condições de trabalho e à organização dos serviços, como a escassez de recursos humanos[10,15,17,22,24,29,37], equipes mínimas pouco alinhadas às demandas e persistentes entraves políticos e institucionais na atenção à SM[30]. Ao longo dos trinta anos do SUS, a crescente precarização do trabalho, marcada por vínculos informais e deterioração salarial, contribuiu para a alta rotatividade profissional, comprometendo a continuidade do cuidado em rede[20] e fragilizando a organização da RAPS a cada mudança de equipe[20,35,43,44]. Esse quadro afeta os vínculos, a escuta qualificada e a integralidade, além de dificultar a articulação com a rede e com apoios sociais[12]. O agravo dos casos e as longas filas de espera geram angústia e pressão sobre os serviços[24], e o encaminhamento à AE muitas vezes decorre da falta de tempo da APS[42], expressando uma cultura assistencial que associa resolutividade ao atendimento individual[19].

O cenário se agrava ainda mais com o desmonte das políticas públicas, que reduz investimentos, dificulta o acesso e desvaloriza ações de prevenção. No cuidado aos usuários de SPA, o financiamento segue privilegiando práticas pouco efetivas, em desacordo com a Reforma Psiquiátrica[44], como no caso das CTs[24], cuja procura aumenta diante das limitações de intervenção da rede pública[46].

Por fim, esses desafios também se relacionam à insuficiência de estrutura

física nas unidades[16,17,35]. São recorrentes os espaços inadequados, as condições precárias de funcionamento, a má gestão de recursos[10,30] e a ausência de insumos[39]. Tais limitações não acompanham o aumento das demandas e repercutem diretamente na qualidade do cuidado[37].

Critérios e dificuldades no encaminhamento da APS para a AE

A literatura aponta desafios que, quando analisados em conjunto, revelam limitações estruturais e formativas da APS. Nesse contexto, os encaminhamentos da APS para a AE mostram-se marcados pela pouca clareza nos fluxos, o que pode estar relacionado à escassez de estudos que orientem esse processo. Predomina o encaminhamento automático, frequentemente realizado sem avaliação clínica aprofundada, sustentado pela percepção de que o cuidado em SM não é atribuição da APS[16,42,44]. Esse movimento ocorre sem considerar possibilidades de manejo no próprio serviço[29], comprometendo o vínculo com o usuário e restringindo a construção de estratégias de cuidado no território[20]. Mesmo com a existência de sistemas de referência e contrarreferência, o encaminhamento mantém-se centrado na especialidade, configurando-se mais como transferência de responsabilidade do que como articulação do cuidado[37].

Nesse contexto, evidencia-se a ausência de critérios consistentes para o acesso à AE. Os serviços da APS frequentemente encaminham casos ao CAPS sem distinção entre quadros leves, moderados ou graves, evidenciando fragilidade na avaliação em SM[37]. Em situações que o usuário apresenta ideação suicida, os profissionais tendem a acionar o SAMU ou gerar encaminhamento direto ao CAPS, sem acompanhamento longitudinal[28]. A ausência de intervenções precoces contribui para o agravamento dos casos, fazendo com que o cuidado ocorra predominantemente em momentos de crise[46].

A fragilidade na definição de critérios repercute diretamente no fluxo assistencial, contribuindo para a superlotação da rede especializada e para o aumento das filas de espera[13,24,29,46]. Nesse cenário, o CAPS passa a absorver demandas que poderiam ser manejadas na APS, o que compromete o atendimento das situações mais graves. A contrarreferência é frequentemente

inexistente[37] e leva os CAPS a se configurem como "porta de entrada quase exclusiva" para a SM[10], evidenciando uma distorção no funcionamento da RAPS e constituindo uma barreira ao acesso qualificado à atenção psicossocial.

A literatura aponta que a coexistência de múltiplas formas de acesso à AE contribui para a desorganização dos fluxos. Muitos buscam diretamente os serviços especializados, rompendo a mediação da APS e reforçando a percepção de sua baixa capacidade de manejo em SM. A burocratização dos encaminhamentos agrava esse cenário, dificultando o acesso oportuno ao cuidado. Além disso, é frequente que o primeiro atendimento ocorra em serviços de emergência, invertendo a lógica do SUS, na qual a APS deveria atuar como principal porta de entrada[46].

O território configura-se como outro elemento crítico nesse processo. A extensão geográfica dos municípios pode tornar o acesso aos CAPS mais oneroso e dificultar a adesão dos usuários ao tratamento[10], impactando negativamente o fluxo institucional e a continuidade do cuidado. A cobertura territorial insuficiente compromete tanto o suporte às equipes da APS quanto o atendimento aos usuários da AE e seus familiares[30]. A distribuição desigual de dispositivos especializados intensifica a sobrecarga dos CAPS e reduz a resolutividade da rede[24].

Além disso, a APS enfrenta desafios estruturais no exercício de sua função reguladora. Embora o acesso à saúde seja um direito, sua concretização esbarra na dificuldade da APS em exercer a sua função articuladora e em reconhecer que o CAPS, mesmo sendo um serviço de portas abertas, não deve absorver toda a demanda de SM[10]. Nesse sentido, o encaminhamento à AE frequentemente se configura como transferência de responsabilidade, expressando a "tendência à desresponsabilização"[20]. Reitera-se, assim, a fragilidade da corresponsabilização da APS no manejo, tratamento e reabilitação em SM[37].

Por fim, a baixa participação da APS no itinerário terapêutico contribui para a concentração de demandas na AE, especialmente nos CAPS, comprometendo o atendimento dos casos graves e reforçando a necessidade de uma APS mais resolutiva no cuidado em SM[29,46]. Nesse sentido, torna-se fundamental que a APS se aproprie de seu papel na RAPS, o que exige não apenas a reorganização dos fluxos, mas também a mudança na concepção de cuidado em SM no nível

primário. A APS necessita fortalecer a articulação entre os serviços e qualificar o manejo do sofrimento psíquico no território, de modo a evitar encaminhamentos automáticos e ampliar a resolutividade do cuidado[44].

Conclusão

Os resultados indicam que a APS dispõe de múltiplos dispositivos capazes de sustentar um cuidado efetivo em saúde mental — como acolhimento, vínculo, busca ativa, ações coletivas e matriciamento. Esse conjunto de práticas reafirma o que Merhy aponta ao destacar que todo profissional de saúde é operador do cuidado e deve estar preparado para atuar com tecnologias leves, nas quais protocolos e saberes técnicos, embora necessários, não dão conta da complexidade do sofrimento psíquico[50].

Entretanto, o contraste entre esse potencial e a realidade observada é significativo. Persistem fragilidades na formação, desconhecimento sobre SM, estigmas, dificuldades no trabalho em equipe e influência das condições de gestão e das políticas locais. Esses fatores não apenas limitam o cuidado na APS, mas favorecem práticas fragmentadas, burocratizadas e, por vezes, desarticuladas dos princípios da RAPS, tensionando o fluxo para a atenção especializada.

Nesse contexto, torna-se fundamental que a APS assuma seu papel no acolhimento e manejo do sofrimento psíquico. Quando a SM é tratada como responsabilidade exclusiva dos serviços especializados, reforça-se uma lógica de encaminhamento automático que reduz a potência do cuidado territorial. A qualificação dos fluxos, o fortalecimento do diálogo entre os pontos da rede e a corresponsabilização configuram-se como condições essenciais para a efetivação do cuidado.

A análise também evidenciou lacunas na produção científica, como a ausência de fundamentação teórica em parte dos estudos, o que fragiliza a compreensão das práticas e dificulta sua replicabilidade. Além disso, embora a literatura reconheça a importância da redução de danos como estratégia da APS, o Consultório na Rua foi pouco mencionado, sugerindo invisibilidade dessa política

nos territórios analisados e limites na implementação das ações voltadas a populações em maior vulnerabilidade.

Diante disso, evidencia-se que a APS possui potencial para produzir um cuidado resolutivo, integral e humanizado em SM. Contudo, sua concretização depende do fortalecimento da rede de forma articulada e corresponsável, caso contrário, a integralidade tende a permanecer mais como princípio do que como prática cotidiana.

Referências

1. Ministério da Saúde (Br.). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Diário Oficial da União. 2011 dez 30; Seção 1:59. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

2. Lima DKRR, Guimarães J. A Rede de Atenção Psicossocial sob o olhar da complexidade: quem cuida da saúde mental?. Saúde debate [Internet]. 2019;43(122):883–96. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-1104201912218

3. Ministério da Saúde (Br.). Saúde mental em dados. 13. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2024.

4. Ministério da Saúde (Br.). Cadernos de atenção básica n. 34: saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

5. Minayo MCS. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 18. ed. Petrópolis: Vozes; 2001. p. 9–29.

6. Sousa AS, Oliveira GS, Alves LH. A pesquisa bibliográfica: princípios e fundamentos. Cad Fucamp. 2021;20(43):64–83.

7. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.

8. Cardoso MRG, Oliveira GS, Ghelli KGM. Análise de conteúdo: uma metodologia

de pesquisa qualitativa. Cad Fucamp. 2021;20(43):98–111.

9. Nocetti NC, Leal RJ. Práticas de cuidado em saúde mental de mulheres por agentes comunitárias de saúde de um centro saúde escola do município do Rio de Janeiro. Rev APS [Internet]. 2023;26:e262338239. DOI: https://doi.org/10.34019/1809-8363.2023.v26.38239

10. Silva SC, Oliveira LCF. Acesso dos usuários do SUS à atenção psicossocial nos municípios brasileiros. Rev Baiana Saude Publica [Internet]. 2023;47(2):230–248. DOI: https://doi.org/10.22278/2318-2660.2023.v47.n2.a3832

11. Varotto MM, Mari MA. Grupo de gestantes "Ser Mãe": uma experiência de estágio em uma unidade básica de saúde. Rev Psicol [Internet]. 2023;14:e023005. DOI:https://doi.org/10.36517/revpsiufc.14.2023.e023005

12. Lavezzo BO, Horr JF, Micheli D, Silva EA, Reichert RA. Atenção psicossocial a usuários de álcool e outras drogas: um estudo dos profissionais de um município sul-brasileiro. Trab educ saúde [Internet]. 2023;21:e02128222. DOI: https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2128

13. Nunes CK, Olschowsky A, Silva AB, Xavier MS, Braga FS. Saúde mental na atenção básica: uma rede rizomática para infância e adolescência. Rev Enferm UFSM [Internet]. 2023;13:e8. DOI: https://doi.org/10.5902/2179769271914

14. Gusmão ROM, Viana TM, Araújo DD, Torres JDRV, Junior RFS. Atuação do enfermeiro em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. J Health Biol Sci [Internet]. 2022;10(1):1–6. DOI: https://doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v10i1.3721.p1-6.2022

15. Gallina BF, Pulga VL, Schneider F. A criança em sofrimento psíquico na Rede de Atenção Primária à Saúde em município gaúcho: reflexões a partir de um usuário-guia. Saude redes [Internet]. 2024;10(1):1–22. DOI: https://doi.org/10.18310/2446-4813.2024v10n1.4167

16. Militão LF, Santos LI, Cordeiro GFT, Sousa KHJF, Peres MAA, Peters AA. Usuários de substâncias psicoativas: desafios à assistência de enfermagem na Estratégia Saúde da Família. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2022;26:e20210429. DOI: https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0429pt

17. Silva VAM, Pinho LB, Nasi C, Siniak DS, Santos EO, Ávila MB, et al. Cuidado aos usuários de drogas em uma Estratégia de Saúde da Família: potencialidades e desafios. Cogitare Enferm [Internet]. 2024;29:e95454. DOI: https://doi.org/10.1590/ce.v29i0.93351

18. Monteiro TG, Rios BRM, Alves KGL, Camargos LMN. Manejo de saúde mental na atenção primária: relato de experiência com ferramentas de abordagem familiar. Rev Baiana Saude Publica [Internet]. 2024;48(1):e001234. DOI: https://doi.org/10.22278/2318-2660.2024.v48.n1.a3685

19. D'Assunção OT, Dalla Vecchia M, Santos TGC. Programa Bem Viver: saúde mental, atenção básica e seus analisadores em pequenos municípios. Arq Bras Psicol [Internet]. 2022;74:e019. DOI: https://doi.org/10.36482/1809-5267.arbp-2022v74.20468

20. Schweickardt JC, Carvalho MS, Siqueira MS, Pavani FM. Percepções dos profissionais da atenção básica em saúde sobre a responsabilidade no cuidado integral às pessoas com transtornos mentais. Rev APS [Internet]. 2024;27:e272443961. DOI: https://doi.org/10.34019/1809-8363.2024.v27.43961

21. Simão C, Vargas D, Pereira CF. Intervenções de enfermagem em saúde mental na Atenção Primária à Saúde: revisão de escopo. Acta paul enferm [Internet]. 2022;35:eAPE01506. DOI: https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AR015066

22. Zorzi VN, Martins SS, Macedo DA, Sangioni LA. Promoção de Saúde Mental na atenção primária: o papel dos grupos de saúde na perspectiva de usuários e profissionais. Interface (Botucatu) [Internet]. 2024;28:e230447. DOI: https://doi.org/10.1590/interface.230447

23. Cavalcanti ACS, Severo AK. Concepções e práticas dos agentes comunitários de saúde direcionadas à demanda de álcool e outras drogas no território da Borborema potiguar. Saúde Soc [Internet]. 2023;32(4):e220299pt. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220299pt

24. Darzé GC, Oliveira GM. Acolhimento de pessoas em sofrimento psíquico intenso em uma unidade básica de saúde: relato de um psicólogo residente. Rev Psicol Divers Saude [Internet]. 2023;12(1):e5203. DOI: https://doi.org/10.17267/2317-

3394rpds.2023.e5203

25. Etcheverry FR, Janovik MS, Silva FG. Autoexpressão: efeitos da escuta no cuidado em saúde mental na Atenção Básica em Saúde. Rev Polis Psique [Internet]. 2023;13(2):29–56. DOI: https://doi.org/10.22456/2238-152x.123286

26. Franco RS, Sabino ESJ, Barros ACT, Mesadri IR, Santos MR, Borba NA. Vivência de grupo de apoio em saúde mental na atenção primária: um relato de experiência. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 2024;19(46):3901. DOI: https://doi.org/10.5712/rbmfc19(46)3901

27. Silva PHB, Ferreira SK, Oliveira ESF. Terapias complementares, atenção psicossocial e atenção primária: percepções dos profissionais sobre a oferta dos serviços. New Trends Qualit Res [Internet]. 2023;18:e844. DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.18.2023.e844

28. Mendes DT, Gianella ACD, Pellegrini JX, Fernandes CS, Nóbrega MPSS. Práticas de enfermeiras da atenção primária à saúde no atendimento à pessoa em sofrimento psíquico. Rev Gaucha Enferm [Internet]. 2024;45:e20230192. DOI: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2024.20230192.pt

29. Pimenta LFA, Brito AAC, Lima AIO, Santos PFBB. Prevenção ao suicídio na Atenção Primária na percepção de profissionais de saúde. Physis [Internet]. 2024;34:e34091. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-7331202434091pt

30. Dimenstein M, Macedo JP, Silva BIBM. Capacidade de resposta do NASF em saúde mental. Physis [Internet]. 2023;33:e33017. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333017

31. Esper MV, Nakamura E. Significados dos problemas mentais na infância: quem olha? O que se olha? Como se olha? Physis [Internet]. 2023;33:e33035. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333035

32. Cangussu YES, Guedes L. Alcances terapêuticos e matriciais: uma experiência de grupo de saúde mental na atenção básica. Rev Psicol Divers Saude [Internet]. 2022;11(1):e4046. DOI: https://doi.org/10.17267/2317-3394rpds.2022.4046

33. Santos FL, Silva LAV. Atenção básica e saúde mental: relato praxiográfico de uma tecnologia de cuidado. Psicol Cienc Prof [Internet]. 2022;42:e243075. DOI:

https://doi.org/10.1590/1982-3703003243075

34. Tavares M, Seminotti E, Giugliani C, Gonçalves M, Seminotti N. Grupo de mulheres: o desenvolvimento de habilidades de facilitação e a geração de uma dinâmica de grupo promotora de saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 2024;19(46):3670. DOI: https://doi.org/10.5712/rbmfc19(46)3670

35. Freitas APC, Guimarães CF, Susin L. A cidade e a infância: possibilidades da saúde mental na atenção básica. Psicol Cienc Prof [Internet]. 2022;42:e240239. DOI: https://doi.org/10.1590/1982-3703003240239

36. Marinho ASC, Silva PS. Práticas de cuidar realizadas por enfermeiros da atenção básica no território: um estudo em Boa Vista, Roraima. Enfermeria [Internet]. 2024;13(1):e3799. DOI: https://doi.org/10.22235/ech.v13i1.3799

37. Sousa MA, Medeiros RB. A Educação Permanente em Saúde como estratégia de matriciamento em Saúde Mental. Rev APS [Internet]. 2023;26:e262340910. DOI: https://doi.org/10.34019/1809-8363.2023.v26.40910

38. Carvalho AMS, Silva HR, Marinho JLC, Freire GM, Martins RR, Brito TS. Práticas integrativas e complementares em saúde na atenção primária à saúde de Mossoró – RN. Rev Cienc Plur [Internet]. 2023;9(3):e33368. DOI: https://doi.org/10.21680/2446-7286.2023v9n3ID33368

39. Queiroz NA, Barbosa FES, Duarte WBA. Uso das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde por profissionais dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica. Physis [Internet]. 2023;33:e33037. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333037

40. Silva FJB, Santos MC, Tesser CD. Percepção de médica(o)s e enfermeira(o)s da Saúde da Família sobre o uso da auriculoterapia em problemas de Saúde Mental. Interface (Botucatu) [Internet]. 2022;26:e210558. DOI: https://doi.org/10.1590/interface.210558

41. Lima GF, Sousa AMM, Silva LCC, Araújo DP, Oliveira EN, Vasconcelos MIO, Silva LCM. Atividade física e saúde mental: intervenção no contexto da residência multiprofissional em saúde da família. Arq Cienc Saude UNIPAR [Internet]. 2023;27(6):2324–2340. DOI: https://doi.org/10.25110/arqsaude.v27i6.2023-013

42. Moura WM, Faria WR, Laureano PS. Uma clínica em extensão: a psicanálise na atenção básica. ASEPHallus [Internet]. 2023;18(36):43–61. Disponível em: http://www.isepol.com/asephallus/numero_36/pdf/04%20-%20WELKER%20WENDER%20PEDRO.pdf

43. Rodrigues TCA, Samico IC, Mendes MFM. Percepção dos médicos sobre reuniões entre níveis de atenção em uma rede municipal de saúde de Pernambuco, Brasil. Rev APS [Internet]. 2023;25(4):e38979. DOI: https://doi.org/10.34019/1809-8363.2022.v25.38979

44. Santos EO, Pinho LB, Kantorski LP, Godoy MGC, Olschowsky A, Silva AB, et al. Avaliação das estratégias de promoção da saúde e prevenção ao uso de drogas na rede psicossocial. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2023;27:e20220110. DOI: https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0110pt

45. Praisner T, Cervo MR. Saúde mental infanto-juvenil: o cuidado em municípios de pequeno porte. Fractal Rev Psicol [Internet]. 2023;35:e5999. DOI: https://doi.org/10.22409/1984-0292/2023/v35/5999

46. Silva MC, Treichel CAS, Onocko Campos RT. Itinerários terapêuticos compartilhados por usuários de serviços especializados de saúde mental: uma análise por clusters. Cad Saude Publica [Internet]. 2024;40(11):e00052624. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT052624

47. Oliveira IL, Sampaio J, Ferreira TPS, Gomes LB, Araújo JRM. Repetir, repetir – até ficar diferente: cartografia de um cuidado. Fractal Rev Psicol [Internet]. 2022;34:1–18. DOI: https://doi.org/10.22409/1984-0292/2022/v34/29080

48. Mendonça JMT, Eshriqui I, Almeida LY, Gomes Filho VV, Schunk L, Sousa AAF, et al. Conhecimento de profissionais da atenção primária em saúde mental: diagnóstico pelo mhGAP. Rev Saude Publica [Internet]. 2023;57(Suppl 3):4s. DOI: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057005272

49. Cordeiro GFT, Santos TM, Ferreira RGS, Guljor APF, Peters AA, Peres MAA. Protocolos para atendimento de saúde mental na atenção primária: subsídios para transformação da assistência. Cogitare Enferm [Internet]. 2022;27:e82680. DOI: https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.82680

50. Merhy EE. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver-SUS Brasil: caderno de textos. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. 2004. p.108–137. (Série B: Textos básicos de saúde). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CadernoVER_SUS.pdf.