

Transição do cuidado em saúde mental em contextos rurais

 Thaís Resende Araújo Borges Bonfim¹,  Letícia Alves de Carvalho¹,  Angélica Maluf Caetano Silva Costa¹
 Amanda Helena Leão Gonçalves¹,  Sérgio Henrique Marçal¹,  Álvaro da Silva Santos¹

Recebido: 24/01/2025 Aceito: 16/06/2026 Publicado: 10/07/2026

Resumo:

Objetivo: Analisar as evidências científicas acerca da transição do cuidado em saúde mental em contextos rurais.

Método: Revisão narrativa, realizada em 2026, a partir de buscas nas bases de dados LILACS, MEDLINE/PubMed, SciELO, PsycINFO, Scopus, CINAHL, BDNF, Redalyc e Psycodoc, considerando publicações entre 2021 e 2025. Foram utilizados descritores controlados e não controlados relacionados à *saúde mental*, *transição do cuidado*, *continuidade do cuidado e população rural*. A análise se deu com produções da área. **Resultados:** identificou-se 5.107 registros, dos quais 4.592 considerados num primeiro momento. Após as etapas de triagem e leitura na íntegra, três estudos compuseram o corpus analítico, sendo dois internacionais (Estados Unidos e Índia) e um brasileiro. As principais dificuldades para a transição do cuidado em saúde mental em contextos rurais relacionaram-se às barreiras geográficas, à distribuição desigual de serviços especializados, às fragilidades na coordenação da atenção, à limitada integração entre os níveis assistenciais e aos desafios para garantir a continuidade do cuidado. **Conclusão:** A produção científica sobre transição do cuidado em saúde mental em contextos rurais ainda demonstra se mostra escassa. Os estudos disponíveis indicam que a qualificação da assistência dependem do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, da Rede de Atenção Psicossocial e de estratégias que favoreçam a coordenação da atenção e a continuidade do cuidado.

Palavras-chave: Saúde Mental; Continuidade da Assistência ao Paciente; População Rural; Atenção Primária à Saúde.

Keywords: Mental Health; Continuity of Patient Care; Rural Population; Primary Health Care.

Palabras clave: Salud Mental; Continuidad de la Atención al Paciente; Población Rural; Atención Primaria de Salud.

Autor correspondente: thaisdtrd@gmail.com

INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais constituem um dos principais desafios contemporâneos para os sistemas de saúde em todo o mundo, em razão de sua elevada prevalência, impacto sobre a qualidade de vida e repercussões sociais, econômicas e familiares. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), aproximadamente uma em cada oito pessoas vive com algum transtorno mental, configurando importante problema de saúde pública global¹. Além do sofrimento individual, essas condições estão associadas ao aumento da incapacidade, à redução da produtividade, ao comprometimento das relações sociais e familiares e ao agravamento das desigualdades em saúde¹.

Embora avanços significativos tenham sido alcançados nas últimas décadas no reconhecimento e tratamento dos transtornos mentais, as necessidades assistenciais permanecem superiores à capacidade de resposta dos sistemas de saúde, tornando necessário o fortalecimento de estratégias capazes de ampliar o acesso, qualificar a assistência e garantir a continuidade do cuidado^{1,2}.

A transição do cuidado (TC) pode ser entendida como um conjunto de ações destinadas a assegurar a coordenação, a continuidade e a segurança da assistência quando usuários transitam entre diferentes profissionais, equipes, serviços ou níveis de atenção³⁻⁵. Trata-se de um processo complexo que envolve comunicação efetiva entre os envolvidos, compartilhamento de informações clínicas, planejamento terapêutico, definição de responsabilidades assistenciais e participação ativa dos usuários e de suas redes de apoio. A TC visa assegurar que o cuidado seja ofertado de forma integrada, minimizando riscos relacionados à fragmentação da assistência e favorecendo melhores resultados em saúde^{3,4}.

Algumas pesquisas apontam que falhas nos processos de transição do cuidado podem resultar em perda de informações relevantes, interrupção de tratamentos, baixa adesão terapêutica, duplicidade de intervenções, aumento da utilização de serviços de urgência e agravamento das condições clínicas^{3,5}. Em contrapartida, transições adequadamente planejadas favorecem a continuidade assistencial, fortalecem a coordenação entre os serviços e contribuem para melhores desfechos clínicos e psicossociais^{4,5}.

Embora o conceito de TC tenha sido inicialmente desenvolvido em estudos relacionados à alta hospitalar e ao cuidado de pessoas com condições crônicas complexas, sua aplicação tem sido progressivamente ampliada para diferentes contextos assistenciais, incluindo a saúde mental, na qual, a necessidade de acompanhamento longitudinal e integração entre serviços torna a coordenação do cuidado particularmente relevante^{4,5}.

A TC encontra-se intimamente relacionada aos conceitos de continuidade e coordenação da atenção. A continuidade do cuidado (CC) refere-se à experiência assistencial vivenciada pelos usuários ao longo do tempo, caracterizada pela coerência, integração e complementaridade das ações desenvolvidas pelos diferentes profissionais e serviços⁶. Já a coordenação do cuidado corresponde à capacidade dos sistemas de saúde de organizar essas ações de maneira articulada, garantindo que as necessidades dos usuários sejam atendidas de forma integral e oportuna⁶. Embora distintos, esses conceitos são complementares e constituem elementos centrais para a consolidação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), especialmente em situações que demandam acompanhamento contínuo e compartilhamento de responsabilidades entre múltiplos pontos de atenção.

No campo da saúde mental, a TC torna-se ainda mais complexa considerando as necessidades apresentadas pelos usuários e da multiplicidade de serviços envolvidos em suas trajetórias terapêuticas. Pessoas em sofrimento psíquico frequentemente necessitam transitar entre atenção primária, secundária e terciária, como serviços especializados, atenção hospitalar e recursos comunitários ao longo de seu percurso assistencial.

A ausência de articulação entre os serviços pode comprometer a continuidade do tratamento, fragilizar o vínculo terapêutico e dificultar a construção de projetos terapêuticos alinhados às necessidades dos usuários^{4,5,7}. Assim, a transição do cuidado em saúde mental ultrapassa a mera transferência de informações entre serviços, envolvendo a construção de fluxos assistenciais capazes de garantir acompanhamento contínuo, integralidade da atenção e corresponsabilização entre os diferentes atores envolvidos no cuidado.

No Brasil, a atenção em saúde mental está organizada por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída com vistas a articular os diversos pontos de atenção e assegurar cuidado integral às pessoas com sofrimento ou transtorno mental⁸. A rede compreende dispositivos como a Atenção Primária à Saúde (APS), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os serviços de urgência e emergência, a atenção hospitalar e os serviços de reabilitação psicossocial. Nesse arranjo, a APS ocupa posição estratégica como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, sendo responsável pelo acompanhamento longitudinal dos usuários, pela identificação das necessidades em saúde mental e pela articulação com os demais componentes da rede assistencial^{8,9}.

O sucesso das transições do cuidado em saúde mental depende diretamente da integração entre APS, RAPS e mecanismos de referência e contrarreferência. Quando adequadamente estruturados, esses processos favorecem a circulação segura dos usuários pelos diferentes níveis de atenção, promovem compartilhamento de responsabilidades entre

equipes e contribuem para a continuidade assistencial. Entretanto, fragilidades na comunicação interprofissional, ausência de fluxos assistenciais bem definidos e dificuldades de articulação entre os serviços ainda representam desafios importantes para a coordenação do cuidado em saúde mental^{5,7}.

No contexto brasileiro, a organização da atenção à saúde mental pressupõe a integração entre a Atenção Primária à Saúde, a Rede de Atenção Psicossocial e os demais componentes das Redes de Atenção à Saúde, fundamentando-se nos princípios da integralidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado e articulação intersetorial^{6,7}.

Além disso, limitações na formação e qualificação dos profissionais para o manejo das demandas em saúde mental, associadas às fragilidades na articulação entre a APS e os serviços especializados, permanecem como importantes obstáculos para a consolidação do modelo de atenção psicossocial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)⁷.

Quando analisada sob a perspectiva da área rural enquanto espaço distinto das urbanas, a organização da atenção em saúde mental apresenta desafios adicionais. As populações rurais convivem historicamente com desigualdades no acesso aos serviços de saúde, escassez de profissionais especializados, longas distâncias geográficas, dificuldades de transporte e concentração dos recursos assistenciais em áreas urbanas¹⁰⁻¹¹. Tais condições podem dificultar o acesso aos serviços, retardar o início do tratamento e comprometer a continuidade do acompanhamento, ampliando situações de vulnerabilidade em saúde.

Além das barreiras estruturais, fatores socioculturais relacionados aos modos de vida rurais, às formas de reconhecimento do sofrimento psíquico e ao estigma associado aos transtornos mentais influenciam significativamente os itinerários terapêuticos e a busca por cuidado^{10,11}. Nos assentamentos rurais brasileiros a atenção à saúde mental é atravessada por desafios relacionados à insuficiente articulação da rede assistencial, à dificuldade de acesso aos serviços especializados e à fragilidade dos mecanismos de coordenação do cuidado¹⁰. Tais aspectos podem repercutir diretamente nos processos de transição do cuidado, dificultando a continuidade assistencial e a efetivação do modelo psicossocial.

Em âmbito internacional, evidências provenientes dos Estados Unidos da América (EUA) indicam que a ampliação da oferta de serviços especializados favorece o acesso aos cuidados em saúde mental em áreas rurais, embora persistam barreiras relacionadas à distância geográfica e à distribuição desigual dos recursos assistenciais¹². De forma semelhante, estudo realizado na Índia demonstra que populações rurais permanecem desproporcionalmente afetadas pela escassez de profissionais especializados, pela limitada

disponibilidade de serviços e pelas desigualdades estruturais que dificultam o acesso à atenção em saúde mental¹¹.

Apesar da crescente valorização da continuidade e da coordenação do cuidado nos sistemas de saúde, observa-se escassez de estudos que abordem especificamente a interface entre transição do cuidado, saúde mental e ruralidade. A produção concentra-se em contextos urbanos ou em discussões sobre acesso aos serviços de saúde mental, permanecendo limitada a compreensão acerca de como os processos de transição do cuidado são vivenciados e organizados em territórios rurais.

Tal lacuna torna-se particularmente relevante diante da necessidade de fortalecer os mecanismos de coordenação da assistência, qualificar os fluxos de referência e contrarreferência e ampliar a capacidade da APS e da RAPS de responder às necessidades de populações historicamente expostas a situações de vulnerabilidade territorial.

Considerando a importância da continuidade assistencial para o cuidado em saúde mental e a limitada produção científica acerca do tema em contextos rurais, torna-se necessário reunir e analisar criticamente as evidências disponíveis. Dessa forma, este estudo tem como objetivo analisar as publicações acerca da transição do cuidado em saúde mental em contextos rurais.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa que permite o aprofundamento interpretativo dos achados e análise crítica da produção científica disponível^{11,12}. As revisões narrativas constituem estratégia relevante para compreensão de fenômenos complexos e ainda pouco explorados, possibilitando integração de conhecimentos, identificação de lacunas científicas e discussão teórica ampliada acerca do tema investigado¹¹.

A busca foi realizada entre janeiro e abril de 2026, contemplando as seguintes bases: SciELO; LILACS; MEDLINE/PubMed; PsycINFO; Scopus; Redalyc; Psycodoc; BDENF; e CINAHL. A seleção dessas bases buscou ampliar a sensibilidade da estratégia de busca e reduzir o risco de perda de estudos potencialmente relevantes, contemplando diferentes áreas do conhecimento relacionadas à saúde mental, atenção psicossocial, saúde coletiva e saúde rural.

A estratégia de busca foi construída a partir de descritores controlados dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH), associados a termos livres relacionados ao objeto investigado.

Entre os principais termos utilizados destacam-se: Mental Health; Mental Disorders; Mental Health Services; Care Transition; Transitional Care; Continuity of Patient Care; Care

Coordination; Rural Population; Rural Health; Rural Communities; Primary Health Care. Os descritores foram combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR, de acordo com as especificidades de cada base consultada.

Foram incluídos artigos científicos que abordassem saúde mental em contextos rurais; que discutem continuidade do cuidado, coordenação da atenção, integração dos serviços ou elementos relacionados à transição do cuidado; que estivessem disponíveis na íntegra; fossem publicados entre 2021 e 2025; e estivessem redigidos em português, inglês ou espanhol. Foram excluídos editoriais, cartas ao editor, comentários, teses, dissertações, capítulos de livros e estudos sem aderência ao objeto da investigação.

Procedeu-se à leitura dos títulos e resumos, seguida da leitura integral dos estudos potencialmente elegíveis. Os estudos incluídos foram submetidos à leitura exaustiva e análise interpretativa. Foram extraídas informações relativas aos autores, ano de publicação, país de realização, objetivos, delineamento metodológico, principais resultados e contribuições para a compreensão da transição do cuidado em saúde mental em contextos rurais.

A análise dos dados ocorreu por meio de síntese narrativa, buscando identificar convergências e divergências entre os estudos selecionados. Os resultados foram interpretados à luz dos referenciais da continuidade do cuidado e da transição do cuidado, especialmente das contribuições de Haggerty et al.³ e Coleman e Boulton⁴, bem como, dos princípios organizativos da Política Nacional de Atenção Básica e a Política Nacional de Saúde Mental, notadamente pelo olhar da Atenção Psicossocial^{6,8}.

RESULTADOS

A busca inicial resultou em 5.107 registros. Após a remoção das duplicatas, permaneceram 4.592 estudos para análise. Após a leitura dos títulos e resumos e o uso dos critérios de exclusão, a leitura na íntegra dos estudos elegíveis, apenas três artigos apresentaram aderência ao corpus analítico.

Os três estudos selecionados foram publicados entre 2021 e 2024 e desenvolvidos em distintos contextos nacionais, contemplando Brasil, Estados Unidos da América e Índia. O estudo mais antigo, “Desafios para o cuidado em saúde mental em contextos rurais”, publicado por Cirilo Neto e Dimenstein (2021)¹³, investigou os desafios enfrentados por profissionais da saúde e da assistência social na organização do cuidado em saúde mental em assentamentos rurais do estado do Rio Grande do Norte, evidenciando aspectos relacionados à coordenação da atenção, continuidade do cuidado, territorialização das práticas e organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Em 2022, Shiner et al.¹¹ publicaram o estudo “Evaluating Policies to Improve Access to Mental Health Services in Rural Areas”, cujo objetivo foi avaliar os efeitos de políticas públicas voltadas à ampliação do acesso aos serviços de saúde mental em áreas rurais dos EUA. A investigação analisou o impacto dessas estratégias sobre a utilização dos serviços especializados, destacando os avanços obtidos e os desafios persistentes relacionados ao acesso, à disponibilidade de profissionais e à organização da assistência em regiões rurais.

Mais recentemente,

Gupta (2024)¹² publicou o artigo “Rural-Urban Divide in Mental Health Care in India: Bridging the Gaps”, que discutiu as desigualdades existentes entre áreas urbanas e rurais na oferta de cuidados em saúde mental na Índia. Os principais obstáculos foram: estruturais, econômicos, geográficos e socioculturais que limitam o acesso das populações rurais aos serviços especializados, propondo estratégias para fortalecer a Atenção Primária à Saúde, descentralizar a assistência e ampliar a integração das redes de atenção.

Embora produzidos em sistemas de saúde distintos e com diferentes delineamentos metodológicos, os três estudos apresentam convergência quanto ao reconhecimento de que as populações rurais enfrentam importantes barreiras para acessar e permanecer nos serviços de saúde mental. Além disso, todos abordam, de forma explícita ou implícita, componentes relacionados à continuidade do cuidado, à coordenação da atenção e à organização das redes assistenciais, aspectos que fundamentam esta revisão. O quadro 1 apresenta um comparativo entre os três artigos selecionados, visando elaborar melhor as comparações.

Quadro 1. Estudos acerca da transição do cuidado em contextos rurais. Uberaba, 2026.

Estudos	País	Tipo de Estudo	Principal problema identificado
1. Cirilo Neto e Dimenstein (2021) ¹³	Brasil	Qualitativo	Fragmentação da rede e fragilidade da coordenação do cuidado
2. Shiner et al. (2022) ¹¹	EUA	Avaliação de políticas públicas	Persistência das desigualdades de acesso
3. Gupta (2024) ¹²	Índia	Revisão	Concentração de recursos especializados em áreas urbanas

DISCUSSÃO

O estudo de Cirilo Neto e Dimenstein (2021)¹³, intitulado *Desafios para o cuidado em saúde mental em contextos rurais*, teve como objetivo discutir os principais obstáculos enfrentados na produção do cuidado em saúde mental em assentamentos rurais do Nordeste brasileiro, a partir da perspectiva de profissionais que atuam diretamente nesses territórios. Trata-se de uma pesquisa qualitativa derivada de dissertação de mestrado, realizada em oito assentamentos rurais do estado do Rio Grande do Norte, envolvendo 53 trabalhadores

vinculados à Estratégia Saúde da Família (ESF), Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS). Os dados foram produzidos por meio de entrevistas semiestruturadas e analisados segundo a técnica de análise temática de Bardin.

Os desafios para o cuidado em saúde mental nos territórios rurais se organizam em quatro eixos centrais: a organização dos serviços, a centralidade da Atenção Primária à Saúde, as práticas intersetoriais e a educação permanente dos trabalhadores. Entre os principais problemas apontados pelos participantes destacaram-se a fragilidade da coordenação do cuidado, a descontinuidade da atenção psicossocial, a ausência de compartilhamento de responsabilidades entre as equipes, a dificuldade de acesso aos serviços especializados e a limitada articulação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com as necessidades concretas dos territórios rurais. O estudo também evidenciou que muitos usuários percorrem longos itinerários terapêuticos em busca de atendimento, enfrentando barreiras geográficas, escassez de serviços especializados e processos de regionalização que frequentemente reproduzem desigualdades territoriais¹³.

O fortalecimento da Atenção Primária como coordenadora do cuidado, a construção de redes territorializadas e a ampliação de estratégias intersetoriais capazes de considerar as especificidades socioculturais, econômicas e geográficas das populações do campo¹³.

Nos Estados Unidos, Shiner et al.¹¹ avaliaram políticas destinadas à ampliação do acesso aos serviços de saúde mental em áreas rurais, através do artigo publicado no *Journal of Rural Health*, que teve como objetivo avaliar os efeitos de políticas implementadas pelo Departamento de Assuntos de Veteranos dos Estados Unidos para ampliar o acesso da população rural aos serviços de saúde mental. A pesquisa foi longitudinal com base em registros eletrônicos de saúde, analisando uma coorte composta por mais de 3,3 milhões de usuários rurais atendidos entre 2002 e 2019. A investigação concentrou-se em dois importantes marcos de política pública: a expansão da oferta de serviços de saúde mental em clínicas comunitárias vinculadas ao sistema de veteranos, iniciada em 2008, e a ampliação do financiamento para atendimento em serviços comunitários externos ao sistema tradicional de saúde dos veteranos, implementada a partir de 2014¹¹.

Os resultados demonstraram aumento expressivo da utilização dos serviços de saúde mental pela população rural ao longo do período analisado. A proporção de usuários rurais que acessavam cuidados em saúde mental passou de aproximadamente 11,4% no início da série histórica para 19,8% nos anos mais recentes avaliados. O crescimento mais acentuado ocorreu

após a exigência de disponibilização de serviços de saúde mental nas clínicas comunitárias, indicando que a proximidade geográfica dos serviços exerce impacto importante sobre a utilização da assistência especializada. Entretanto, os autores observaram que a ampliação da oferta não eliminou completamente as desigualdades entre áreas urbanas e rurais, persistindo dificuldades especialmente entre idosos acima de 75 anos e residentes em regiões mais isoladas¹¹.

A expansão do acesso é fundamental, mas insuficiente quando não acompanhadas por estratégias de coordenação da atenção, integração entre serviços e organização de modalidades assistenciais capazes de garantir acompanhamento contínuo ao longo da trajetória terapêutica¹¹. A disponibilidade física dos serviços representa apenas uma dimensão do problema, sendo a continuidade do cuidado dependente de mecanismos organizacionais mais amplos.

Os resultados demonstraram que o aumento da disponibilidade de serviços esteve associado ao crescimento da utilização da assistência em saúde mental pelas populações rurais. Entretanto, a ampliação da oferta não foi suficiente para eliminar as desigualdades existentes entre áreas urbanas e rurais, especialmente entre indivíduos idosos e residentes em regiões mais remotas¹³.

O trabalho de Gupta (2024)¹², publicado no *Indian Journal of Social Psychiatry*, discute as profundas desigualdades existentes entre áreas urbanas e rurais na assistência em saúde mental na Índia, abordando aspectos estruturais, sociais e culturais que limitam o acesso da população rural aos cuidados especializados. Diferentemente dos outros estudos incluídos, trata-se de uma análise reflexiva e crítica da organização dos serviços de saúde mental no país, destacando a concentração histórica de profissionais, hospitais e recursos terapêuticos nos grandes centros urbanos. O autor argumenta que a população rural enfrenta múltiplas barreiras simultâneas, incluindo pobreza, dificuldade de transporte, escassez de profissionais especializados, baixa disponibilidade de serviços públicos e forte estigma associado aos transtornos mentais.

A chamada “divisão rural-urbana” não pode ser compreendida apenas como um problema geográfico, mas como resultado de desigualdades econômicas, educacionais e socioculturais acumuladas ao longo do tempo. Gupta¹² destaca que, em muitas comunidades rurais, o primeiro contato dos usuários ocorre com líderes comunitários, curandeiros tradicionais ou redes informais de apoio, retardando o acesso aos serviços especializados. Também, verificou-se a baixa utilização efetiva dos serviços existentes, mesmo quando

formalmente disponíveis, em razão de barreiras culturais e da distância entre os modelos biomédicos de atenção e as práticas locais de cuidado¹².

Como estratégias para reduzir essas desigualdades, se propõe o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, a descentralização da assistência especializada, a capacitação de trabalhadores comunitários, a integração de atores locais ao cuidado em saúde mental e a ampliação do uso de tecnologias digitais, como telemedicina e telepsiquiatria¹². A compreensão dos desafios relacionados à continuidade do cuidado em contextos de grande escassez de recursos, demonstra que a organização das redes assistenciais precisam considerar dimensões territoriais, culturais e comunitárias para garantir acesso e acompanhamento efetivo da população rural.

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde mental foi identificada como aspecto comum aos três estudos¹¹⁻¹³. No contexto brasileiro, observou-se que a distância entre os locais de moradia e os serviços especializados constitui obstáculo importante para a continuidade do acompanhamento em saúde mental. Além disso, a oferta limitada de serviços especializados em territórios rurais contribui para a sobrecarga da Atenção Primária à Saúde e dificulta a articulação entre os diferentes pontos da rede assistencial. Resultados semelhantes foram observados nos estudos internacionais. Nos EUA, apesar da ampliação da oferta assistencial observada nos últimos anos, persistiram diferenças importantes na utilização dos serviços entre populações urbanas e rurais¹³. Na Índia, a distribuição desigual dos recursos humanos e dos equipamentos especializados foi apontada como um dos principais fatores responsáveis pelas dificuldades de acesso enfrentadas pelas populações rurais¹¹.

Outro aspecto identificado refere-se às barreiras econômicas e geográficas associadas ao deslocamento para centros urbanos, frequentemente necessários para a obtenção de atendimento especializado^{11,13}. Essas dificuldades tendem a impactar diretamente a continuidade do acompanhamento e a adesão aos tratamentos propostos. A coordenação da atenção emergiu como um dos principais desafios relacionados ao cuidado em saúde mental nos territórios rurais.

No estudo brasileiro, Cirilo Neto e Dimenstein¹³ destacaram que a produção do cuidado psicossocial depende da articulação entre diferentes setores e serviços presentes no território. Entretanto, fragilidades na comunicação entre os dispositivos assistenciais, dificuldades para operacionalização dos fluxos de encaminhamento e limitações na capacidade de resposta da rede às demandas dos usuários.

Os achados de Shiner et al.¹¹ reforçam essa perspectiva ao demonstrar que a simples ampliação da oferta de serviços não garante continuidade assistencial. A efetividade das

políticas de expansão do acesso depende da existência de mecanismos capazes de integrar os diferentes componentes da rede de atenção e promover acompanhamento longitudinal dos usuários. Da mesma forma, Gupta¹² enfatiza que a disponibilidade de serviços especializados deve estar associada à construção de estratégias de coordenação capazes de assegurar a continuidade do cuidado ao longo da trajetória assistencial. A fragmentação dos serviços constitui importante barreira para a efetividade das ações em saúde mental desenvolvidas em áreas rurais.

Os desafios enfrentados pelas populações rurais não decorrem exclusivamente da escassez de serviços, mas também da forma como as redes assistenciais se organizam¹¹⁻¹³. No Brasil, a necessidade de fortalecimento das ações intersetoriais e da articulação territorial foi identificada como aspecto central para a qualificação do cuidado psicossocial. A complexidade das demandas em saúde mental exige respostas que ultrapassam o setor saúde, incorporando ações relacionadas à assistência social, educação, trabalho e desenvolvimento comunitário¹³.

No contexto norte-americano, verificou-se que iniciativas voltadas à ampliação do acesso apresentaram resultados positivos, porém insuficientes para eliminar desigualdades estruturais historicamente presentes nos territórios rurais¹². Na Índia, o fortalecimento da atenção comunitária, a descentralização dos serviços especializados e a utilização de tecnologias digitais foram apontados como estratégias promissoras para reduzir as disparidades existentes entre áreas urbanas e rurais¹¹.

Em conjunto, os estudos evidenciam que a organização das redes de atenção à saúde mental em contextos rurais permanece marcada por desafios relacionados ao acesso, à coordenação da atenção e à continuidade assistencial, aspectos diretamente relacionados aos processos de transição do cuidado¹¹⁻¹³.

A presente revisão identificou expressiva lacuna na produção científica acerca da transição do cuidado em saúde mental em contextos rurais. Apesar da amplitude da estratégia de busca, que resultou inicialmente em 5.107 registros distribuídos em diferentes bases nacionais e internacionais, apenas três estudos atenderam aos critérios de elegibilidade. Esse resultado não deve ser interpretado apenas como uma limitação da revisão, mas como um importante achado científico, evidenciando que a interface entre transição do cuidado, saúde mental e ruralidade permanece pouco explorada¹¹⁻¹³.

O espaço rural brasileiro caracteriza-se por ampla diversidade territorial, social, econômica, ambiental e cultural, não podendo ser compreendido apenas como local destinado à produção agropecuária. O meio rural constitui um território complexo, no qual coexistem agricultura familiar, agronegócio, povos indígenas, comunidades quilombolas, ribeirinhas e

extrativistas, além de assentamentos da reforma agrária e outras formas de organização social. Nessa perspectiva, o *rural* deve ser entendido como um espaço de múltiplas funções e relações territoriais, cuja dinâmica ultrapassa a produção agrícola e envolve aspectos econômicos, ambientais, culturais e demográficos que influenciam diretamente as condições de vida e de saúde das populações que nele residem^{14,15}.

O Brasil possui uma das maiores extensões territoriais rurais do mundo, desempenhando papel estratégico na produção de alimentos, fibras, energia e matérias-primas. O setor agropecuário representa importante componente da economia nacional, contribuindo significativamente para o Produto Interno Bruto, geração de emprego, exportações e segurança alimentar. Paralelamente, a agricultura familiar mantém expressiva relevância econômica e social, sendo responsável por parcela significativa dos alimentos destinados ao consumo interno e pela permanência de milhares de famílias no campo, reforçando a importância do fortalecimento de políticas públicas direcionadas às populações rurais¹⁴.

Os desafios identificados nos estudos analisados tornam-se ainda mais relevantes quando considerados à luz das características do território brasileiro. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o espaço rural brasileiro apresenta elevada diversidade territorial, social, econômica e ambiental, abrangendo desde áreas de agricultura familiar até comunidades tradicionais, assentamentos da reforma agrária, povos indígenas, quilombolas e populações ribeirinhas. Essa heterogeneidade evidencia que as necessidades de saúde dessas populações extrapolam uma abordagem homogênea, exigindo a organização de redes de atenção capazes de responder às especificidades de cada território. Assim, a implementação de estratégias de transição do cuidado em saúde mental deve considerar não apenas a disponibilidade de serviços especializados, mas também as características geográficas, as condições de deslocamento, a distribuição populacional e os determinantes sociais que influenciam o acesso e a continuidade da assistência nas diferentes realidades rurais do país¹⁴.

Apesar dessa expressiva relevância econômica e social, persistem importantes desigualdades entre os espaços urbano e rural no acesso às políticas públicas, especialmente aos serviços de saúde. As populações rurais convivem com barreiras geográficas, grandes distâncias entre comunidades e serviços, dificuldades de transporte, menor disponibilidade de profissionais especializados e concentração da assistência de maior complexidade nos centros urbanos. Essas condições repercutem diretamente na organização das Redes de Atenção à Saúde, dificultando a coordenação entre os diferentes níveis assistenciais e comprometendo a

continuidade do cuidado, particularmente nos casos que demandam acompanhamento longitudinal, como os transtornos mentais¹⁶.

Nesse cenário, investigar a transição do cuidado em saúde mental em contextos rurais mostra-se especialmente relevante, uma vez que a efetividade desse processo depende da articulação entre os diferentes pontos da RAS e da capacidade da APS em coordenar os fluxos assistenciais. Considerando as especificidades territoriais, sociais e organizacionais presentes no meio rural, compreender como as publicações científicas tem abordado essa temática pode contribuir para o fortalecimento das RAPS, subsidiando o desenvolvimento de estratégias capazes de reduzir desigualdades territoriais e qualificar a assistência prestada às populações rurais.

A escassez de estudos identificados contrasta com a crescente relevância atribuída à continuidade do cuidado nos sistemas de saúde. Haggerty et al.³ destacam que a continuidade constitui um dos principais atributos da qualidade assistencial, especialmente para usuários que necessitam de acompanhamento prolongado e articulação entre diferentes serviços. No campo da saúde mental, essa necessidade torna-se ainda mais evidente em razão da natureza frequentemente crônica e multifacetada dos transtornos mentais, que demandam acompanhamento longitudinal, intervenções interdisciplinares e integração entre diferentes dispositivos assistenciais^{1,2}.

Apesar dos estudos selecionados não utilizarem explicitamente o conceito de transição do cuidado, todos abordaram elementos centrais desse processo. Aspectos relacionados à coordenação da atenção, continuidade assistencial, articulação entre serviços e integração das redes de cuidado aparecem de forma recorrente nas investigações realizadas no Brasil, Estados Unidos e Índia¹¹⁻¹³.

Os achados sugerem que a transição do cuidado constitui uma dimensão implícita da assistência em saúde mental nos contextos rurais, ainda que raramente seja reconhecida como objeto específico de investigação. Há convergência ao se apontar que as populações rurais enfrentam importantes barreiras para acessar serviços de saúde mental¹¹⁻¹³. Tais barreiras envolvem aspectos geográficos, econômicos, organizacionais e culturais, refletindo desigualdades historicamente presentes na distribuição dos recursos assistenciais.

Nos trabalhos dois internacionais (EUA e Índia) a falta de profissionais especializados em áreas urbanas para receber e assistir pessoas advindas da área rural continua sendo um dos principais desafios para a atenção à saúde mental nestes territórios^{11,12}. Essa realidade produz trajetórias assistenciais marcadas por longos deslocamentos, atrasos no início do tratamento e dificuldades para manutenção do acompanhamento ao longo do tempo. Em muitos casos, a

necessidade de deslocamento para centros urbanos pode representar obstáculo suficiente para interromper ou inviabilizar a continuidade da atenção.

No contexto brasileiro, tais desafios são potencializados pelas características territoriais e pela heterogeneidade das populações rurais. Cirilo Neto e Dimenstein⁹ identificaram que a produção do cuidado em saúde mental em assentamentos rurais depende fortemente da capacidade de articulação territorial dos serviços e da construção de estratégias capazes de aproximar as ações de saúde das realidades locais. A simples disponibilidade formal de serviços não garante acesso efetivo, sendo necessário considerar fatores relacionados ao território, às condições de vida e às especificidades socioculturais das comunidades rurais¹³.

A compreensão de que o acesso à saúde não deve ser analisado apenas sob a perspectiva da oferta de serviços envolve também a adequação das respostas institucionais às necessidades concretas das populações, incluindo disponibilidade geográfica, aceitabilidade cultural, continuidade do acompanhamento e capacidade de resolução das demandas apresentadas⁶.

Outro aspecto amplamente identificado nos estudos¹¹⁻¹³ refere-se à coordenação da atenção. Embora os sistemas de saúde frequentemente invistam na ampliação da oferta de serviços, a efetividade das ações em saúde mental depende também da existência de mecanismos capazes de integrar diferentes pontos da rede assistencial¹¹⁻¹³.

A coordenação do cuidado é reconhecida como um dos atributos essenciais da APS e constitui elemento fundamental para a construção de trajetórias assistenciais integradas^{6,7}. Quando os fluxos de encaminhamento, comunicação e compartilhamento de informações apresentam fragilidades, aumentam as possibilidades de fragmentação do cuidado, descontinuidade terapêutica e perda de vínculo com os serviços.

Nesse sentido, os achados da revisão dialogam diretamente com as proposições de Haggerty et al.³ acerca da continuidade gerencial do cuidado. A existência de múltiplos serviços não garante, por si só, a continuidade assistencial. É necessário que haja articulação entre os diferentes dispositivos envolvidos no cuidado, permitindo que as ações desenvolvidas sejam percebidas pelo usuário como parte de um processo integrado⁴. Essa articulação ainda constitui importante desafio nos contextos rurais. Fragilidades na comunicação entre equipes, dificuldades para operacionalização de referências e contrarreferências e insuficiência de estratégias de integração entre os diferentes serviços foram recorrentes¹¹⁻¹³.

Neste cenário, a APS tem papel estratégico na organização do cuidado em saúde mental em territórios rurais^{6,7}. A APS ocupa posição privilegiada nas redes de atenção por sua proximidade com os territórios e por sua capacidade potencial de acompanhar os usuários ao longo do tempo. Em áreas rurais, essa função torna-se ainda mais relevante, uma vez que

frequentemente a APS representa o principal ou único ponto de contato da população com o sistema de saúde¹³. Mas, na prática e via de regra elas não estão próximas na grande maioria das áreas rurais.

Nos estudos analisados verificou-se que as condições estruturais e organizacionais adequadas são influenciadores. Entre os desafios identificados: a insuficiência de recursos humanos especializados, a sobrecarga das equipes, a limitação de recursos diagnósticos e terapêuticos e as dificuldades para articulação com serviços especializados¹¹⁻¹³.

No caso brasileiro, a coordenação do cuidado em saúde mental demanda estreita articulação entre APS e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A proposta da RAPS pressupõe integração entre diferentes dispositivos assistenciais e compartilhamento de responsabilidades entre equipes e serviços⁸. Entretanto, esses princípios encontram obstáculos relacionados às desigualdades regionais e às especificidades dos territórios rurais.

Embora a expressão “transição do cuidado” não tenha sido empregada pelos estudos incluídos, seus componentes fundamentais estão presentes em todos os trabalhos¹¹⁻¹³. A transição do cuidado pode ser definida como *processo que busca assegurar continuidade assistencial durante a passagem do usuário entre diferentes contextos de cuidado*⁵. Tal definição inclui à comunicação entre profissionais, compartilhamento de informações, planejamento assistencial e coordenação das ações desenvolvidas ao longo da trajetória terapêutica.

Os desafios identificados nos estudos¹¹⁻¹³ podem ser compreendidos como obstáculos aos processos de transição do cuidado. Dificuldades de acesso, fragilidades na coordenação da atenção e integração entre serviços tendem a comprometer a continuidade assistencial e aumentar os riscos de interrupção do acompanhamento em saúde mental.

A transição do cuidado emerge como importante categoria analítica para compreensão das necessidades das populações rurais. Sua incorporação ao campo da saúde mental pode contribuir para qualificar práticas assistenciais, fortalecer mecanismos de integração entre serviços e ampliar a capacidade dos sistemas de saúde em responder às demandas dos usuários. A principal implicação desta revisão refere-se à necessidade de ampliação das investigações sobre a temática. A reduzida quantidade de estudos identificados mostra que a transição do cuidado em saúde mental em contextos rurais permanece subexplorada, tanto no cenário nacional quanto internacional¹¹⁻¹³.

CONCLUSÃO

A presente revisão permitiu verificar que a transição do cuidado em saúde mental em contextos rurais constitui um campo ainda incipiente de investigação científica, embora

represente um componente estratégico para a organização das redes de atenção e para a garantia da continuidade assistencial. A análise dos estudos selecionados demonstrou que os desafios vivenciados pelas populações rurais extrapolam a disponibilidade de serviços especializados, envolvendo também aspectos relacionados à coordenação da atenção, à integração entre os diferentes pontos da rede, à comunicação interprofissional e à organização dos fluxos assistenciais.

Mesmo sem abordar explicitamente a transição do cuidado como objeto central, os estudos analisados evidenciam que seus princípios estão presentes nas discussões sobre continuidade do cuidado, acesso aos serviços, articulação entre os níveis assistenciais e organização das redes de atenção à saúde mental. Esse achado reforça a necessidade de incorporar a transição do cuidado como categoria analítica nas pesquisas sobre saúde mental em áreas rurais, ampliando a compreensão dos processos que favorecem ou dificultam a construção de trajetórias assistenciais integrais e resolutivas.

O papel estratégico da Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado e da Rede de Atenção Psicossocial como estrutura organizadora dos diferentes dispositivos assistenciais foi apontado. Entretanto, essas redes dependem do fortalecimento dos mecanismos de referência e contrarreferência, da integração entre equipes, da qualificação dos profissionais e da adoção de estratégias capazes de minimizar as desigualdades territoriais que caracterizam os contextos rurais.

Das limitações se traz a reduzida quantidade de produções seguida da interlocução incompleta com os elementos balizadores da transição do cuidado e daí a coordenação do cuidado em contextos rurais.

Ao aproximar os conceitos de transição do cuidado, saúde mental e ruralidade, o estudo propõe uma agenda de pesquisa voltada à compreensão dos itinerários assistenciais, dos processos de coordenação do cuidado e das experiências de usuários, profissionais e gestores em diferentes realidades rurais.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. *World mental health report: transforming mental health for all*. Geneva: World Health Organization; 2022.
2. World Health Organization. *Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches*. Geneva: World Health Organization; 2021.
3. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*. 2003; 327(7425):1219-21.

4. Coleman EA, Boult C. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *J Am Geriatr Soc.* 2003;51(4):556-7.
5. Starfield B. *Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology.* New York: Oxford University Press; 1998.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.
7. 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. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
8. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paul Enferm.* 2007;20(2):v-vi.
- Snyder H. Literature review as a research methodology: an overview and guidelines. *J Bus Res.* 2019; 104:333-9.
9. Aromataris E, Munn Z, editors. *JBIM Manual for Evidence Synthesis.* Adelaide: Joanna Briggs Institute; 2020.
10. Shiner B, Gottlieb D, Rice K, Forehand JA, Snitkin M, Watts BV. Evaluating policies to improve access to mental health services in rural areas. *J Rural Health.* 2022;38(4):805-816. DOI:10.1111/jrh.12674.
11. Gupta R. Rural-Urban Divide in Mental Health Care in India: Bridging the Gaps. *Indian J Soc Psychiatry.* 2024;40(1):15-22.
12. Cirilo Neto M, Dimenstein M. Desafios para o cuidado em saúde mental em contextos rurais. *Gerais, Rev Interinst Psicol.* 2021;14(1):1-26. doi:10.36298/gerais202114e15627.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação. Rio de Janeiro: IBGE; 2017.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA). 2013.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. 1. ed. 1. reimp. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

Editor Associado: Vania Del Arco Paschoal

Conflito de Interesses: os autores declararam que não há conflito de interesses

Financiamento: não houve

Contribuições:

Conceituação – Bonfim TRAB, Gonçalves AHL, Santos AS

Investigação – Bonfim TRAB

Escrita – primeira redação – Bonfim TRAB

Escrita – revisão e edição – Bonfim TRAB, Carvalho LAD, Costa AMCS, Gonçalves AHL, Marçal SH, Santos AS

Como citar este artigo (Vancouver)

Bonfim TRAB, Carvalho LA, Costa AMCS, Gonçalves AHL, Marçal SH, Santos AS. Transição do cuidado em saúde mental em contextos rurais. Rev Fam, Ciclos Vida Saúde Contexto Soc. [Internet]. 2026 [citado em *inserir dia, mês e ano de acesso*]; 14:e026020. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v14i00.9254>

Como citar este artigo (ABNT)

BONFIM, T. R. A. B.; CARVALHO, L. A.; COSTA, A. M. C. S.; GONÇALVES, A. H. L.; MARÇAL, S. H.; SANTOS, A. S. Transição do cuidado em saúde mental em contextos rurais. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, Uberaba, MG, v. 14, e e026020, 2026. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v14i00.9254>. Acesso em: *inserir dia, mês e ano de acesso*.

Como citar este artigo (APA)

Bonfim, T. R. A. B., Carvalho, L. A., Costa, A. M. C. S., Gonçalves, A. H. L., Marçal, S. H., & Santos, A. S. (2026). Transição do cuidado em saúde mental em contextos rurais. Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc., 14, e e026020. Recuperado em *inserir dia, mês e ano de acesso* de <https://doi.org/10.18554/refacs.v14i00.9254>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons