

ARTIGO

A articulação em rede no cuidado em saúde mental sob a ótica da Atenção Primária à Saúde do Estado de São Paulo

Network articulation in mental health care from the perspective of Primary Health Care in the State of São Paulo

Lígia Rivero Pupo^I, Tereza Etsuko da Costa Rosa^{II}

Resumo

Algumas fragilidades e vulnerabilidades da Atenção Primária à Saúde (APS) no cuidado em saúde mental têm sido apontadas em estudos anteriores. No entanto, o seu fortalecimento, bem como o investimento intencional no trabalho articulado em rede para melhorar o acesso e a resolubilidade dos casos são indispensáveis, dado seu papel central na organização e bom funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Este artigo visa analisar, com base em pesquisa empírica, aspectos referentes ao acesso aos pontos de atenção, ao uso do Apoio Matricial e algumas características dos encaminhamentos em casos de sofrimento mental a partir da ótica da rede de atenção primária (APS) do estado de São Paulo. Os resultados indicam que os CAPS são os serviços mais utilizados pela APS, mas que existe um grande vazio assistencial em relação a esse dispositivo em suas diversas modalidades. Também indicam que as Unidades de Acolhimento e os equipamentos associados a estratégias de reinserção e reabilitação psicossocial são praticamente inexistentes em todo o território paulista. A participação da APS em reuniões de rede e o uso do apoio matricial são incipientes e os encaminhamentos são muito frequentes, mas ainda com baixo seguimento dos casos. Faz-se necessário promover o trabalho em rede, compartilhado e interdisciplinar.

Palavras-chave: Atenção Primária em Saúde; Saúde Mental; Rede de Cuidados Continuados de Saúde

Abstract

Some weaknesses and vulnerabilities of the PHC in mental health care have been highlighted in previous studies. However, its strengthening, as well as the intentional investment in networked work to improve access and case resolution, are essential given its central role in the organization and proper functioning of the Psychosocial Care Network (RAPS). This article aims to analyze, based on empirical research, aspects related to access to care points, the use of Matrix Support and some characteristics of referrals in cases of mental suffering from the perspective of the primary care network (APS) of the state of São Paulo. The results indicate that the CAPS are the services most used by the PHC, but that there is a large gap in care in relation to this device in its various modalities. They also indicate that the Reception Units and the equipment associated

^I Lígia Rivero Pupo (ligiapupo@gmail.com) é psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), mestre em Ciências da Saúde Coletiva pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FM/USP), pesquisadora científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (IS/ SES-SP).

^{II} Tereza Etsuko da Costa Rosa (tererosa@isaude.sp.gov.br) é psicóloga pela Universidade de São Paulo (USP), mestre e doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP), pesquisadora científica e professora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (IS/SES-SP).

with psychosocial reintegration and rehabilitation strategies are practically nonexistent throughout the state of São Paulo. The participation of PHC in network meetings and the use of matrix support are incipient and referrals are very frequent, but there is still low follow-up of cases. It is necessary to promote networking, shared and interdisciplinary work.

Keywords: Primary health care; Mental health; Continuing Health Care Network

Introdução

Apesar dos avanços alcançados pela Reforma Psiquiátrica Brasileira desde o final dos anos 1970, até sua formalização jurídico-legal pela Lei nº 10.2166 em 2001,¹ promovendo uma mudança radical e paradigmática no modelo de cuidado em saúde mental, vários desafios políticos, estruturais, operacionais, legais, financeiros e clínicos têm sido apontados por gestores, técnicos e pesquisadores da área de saúde mental.⁴⁻⁷

Entre os desafios estruturais para a implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Brasil, podemos apontar a importância e a centralidade do fortalecimento do papel da Atenção Primária à Saúde (APS) na concretização da reforma psiquiátrica brasileira, dado seu papel como ordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

A APS é importante na identificação precoce e adequada do sofrimento mental, no possível manejo interdisciplinar, compartilhado, continuado e territorial de cada caso, e na coordenação dos fluxos e contrafluxos de cuidado. O seu potencial de acompanhamento de alterações das situações de saúde e comorbidades reside no conhecimento das famílias, de suas condições de vida e potencialidades, na análise constante das fragilidades sanitárias e problemas mais prevalentes no território, bem como maior clareza das possibilidades e recursos existentes no local.⁷⁻⁹

Ademais, apesar de o estado de São Paulo ter ainda uma baixa cobertura total de APS em relação a outras regiões do país (60,33% de cobertura)¹⁰, uma pesquisa realizada por Pupo et al.⁷ revelou que 80% das unidades de atenção básica do estado identificam diariamente ou semanalmente demandas associadas ao sofrimento mental, o que indica a importância da atenção primária como espaço estratégico para o acesso inicial, acolhimento, avaliação de riscos, cuidado e acompanhamento longitudinal dessas demandas.

A despeito disso, vários estudos ainda indicam a fragilidade da APS no cuidado em saúde mental devido a vários fatores: despreparo, insegurança e resistência dos profissionais em relação à variedade de condições relacionadas ao sofrimento mental e suas diferentes formas de manejo; compreensão de que a complexidade da saúde mental exige o cuidado somente de especialistas; falta ou rotatividade de profissionais e equipes incompletas; ausência de articulação em rede e trabalho interdisciplinar por meio de ações de apoio matricial; inexistência de linhas de cuidado e diretrizes operacionais para as condições de saúde mental, tanto definidas pelo estado, como pelas regiões e municípios; falta de planejamento das unidades básicas em relação à atenção à saúde mental; carência de estratégias pactuadas para assistência à crise em saúde mental; sobrecarga e excesso de demandas de várias naturezas; negligência ou baixo uso da territorialização como informação para o planejamento das ações; e deficiente comunicação com os outros serviços da rede de atenção.^{4,7-9,11}

Essas vulnerabilidades contribuem para o excesso de encaminhamentos desnecessários aos serviços especializados e de urgência, o que sobrecarrega estes equipamentos e prejudica o acesso ao cuidado.¹²

Assim, para garantir o acesso e a qualidade do cuidado psicossocial em saúde mental no Brasil, bem como no estado de São Paulo, faz-se necessário não apenas o investimento intensivo nas equipes e unidades da APS, mas o fortalecimento intencional do trabalho em rede no SUS, pois uma rede assistencial integral e eficiente em saúde mental precisa contar com os diferentes níveis de atenção funcionando de forma articulada, com clareza do papel de cada ponto de atenção.^{8,9} De modo equivalente, é fundamental o investimento no processo de regionalização em saúde para garantir a pactuação, o trabalho coordenado e coeso e o acesso universal a

todos os níveis de cuidado, desde a prevenção e a atenção ao sofrimento leve, até as situações de crise que necessitam de cuidados especializados.^{12,13}

A regionalização é uma estratégia para garantir a oferta suficiente de serviços e ações de cuidado, visando integralidade, cooperação, resolubilidade, redução de custos, diminuição de desigualdades e satisfação do usuário¹³. No entanto, pesquisas e estudos mostram o quanto a distribuição de recursos da RAPS no Brasil é ainda desigual, principalmente entre municípios de pequeno e médio portes^{12,13}. Ainda existem desigualdades regionais, e inúmeros vazios assistenciais, principalmente em municípios pequenos, com baixa implantação de CAPS III, CAPS IJ, e CAPS ad, que acabam contando apenas com a atenção primária, muitas vezes sem preparo para dar resposta às diversas situações ligadas à saúde mental, uso de álcool e outras substâncias psicoativas.

O acesso, visto como o *grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm cuidados em saúde e o conjunto de obstáculos existentes para o cuidado*¹⁴, possui muitos componentes, sendo a disponibilidade, ou seja, o volume e tipo de serviços disponíveis numa região, e sua localização geográfica, dois importantes fatores a serem resolvidos¹⁵. Para isso, o planejamento e cooperação regional baseados na análise do território e contexto epidemiológico e social, bem como o trabalho em rede dentro de cada município se tornam essenciais.

Outra estratégia, que tem sido utilizada ao redor do mundo para fortalecer e aumentar a resolutividade das ações de cuidado da rede básica de saúde, é a implementação de dispositivos de integração em rede que promovam o trabalho conjunto entre profissionais da atenção primária e especialistas, tais como as ações de cuidado colaborativo e compartilhado.

No Brasil, essa estratégia de trabalho em rede, que aumenta o diálogo interprofissional e produz responsabilização pelos casos, é denominada Apoio Matricial, e tem sido bastante central para o manejo dos casos de saúde mental. Tal ferramenta de cogestão e de organização do cuidado tem sido considerada extremamente relevante para diminuir a fragmentação do trabalho e para racionalizar o acesso e o uso de recursos especializados. Além disso, o apoio matricial se mostra capaz de diminuir a burocratização e rigidez dos fluxos entre as equipes e serviços, impulsionando a integralidade da atenção, a qualidade, a eficiência e a continuidade do cuidado.^{4,5,11}

Um último problema relacionado à articulação em rede para o cuidado em saúde mental na APS é a perpetuação da lógica do encaminhamento sem avaliação e sem discussão. Vários estudos revelam que a ação mais executada pela rede básica em relação a casos de saúde mental é o encaminhamento para profissionais e serviços especializados, com transferência de responsabilidade para eles.^{5,15} Essa situação revela a descon-tinuidade das ações entre os níveis de atenção, com baixa responsabilização pelo seguimento dos pacientes. O momento oportuno para o encaminhamento, bem como a forma como ele é feito, para qual profissional e para qual lugar é enviado o caso, são aspectos importantes para entender a qualidade e efetividade dessas ações.¹⁵

As ações de cuidado colaborativo e o Apoio Matricial têm sido vistas como formas relevantes de personalizar o encaminhamento e a coordenação do cuidado, estimulando o diálogo e provocando reflexões entre os profissionais da APS e as equipes especializadas.^{5,16}

Arvoramos a hipótese de que uma maior compreensão da implantação e funcionamento da RAPS paulista depende de conhecer a forma como as unidades de APS percebem e se inserem no trabalho em rede para o cuidado em saúde mental, tanto dentro do município quanto nas microrregiões de saúde. Isso significa evidenciar o modo como utilizam e incorporam os dispositivos colaborativos de integração do cuidado, como o apoio matricial, bem como a forma que realizam o encaminhamento dentro da RAPS.

Dessa forma, este artigo visa analisar aspectos referentes ao acesso aos pontos de atenção, ao uso do apoio matricial e algumas características dos encaminhamentos em casos de sofrimento mental a partir da ótica da rede básica de saúde do estado, e com isso dar pistas das necessidades, fragilidades, desigualdades, inconsistências, forças e potencialidades da RAPS em São Paulo.

Métodos

O artigo faz parte do projeto intitulado *Inquérito sobre Tecnologias de Cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica à Saúde no Estado de São Paulo*. Trata-se de estudo transversal quantitativo, realizado em serviços de Atenção Básica à Saúde do estado de São Paulo.

Para a identificação desses serviços, utilizou-se o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), selecionando-se os tipos “Posto de Saúde”, “Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde” e “Unidade de Saúde da Família”, com base na competência abril /2017, resultando em 4.941 estabelecimentos de saúde.

Para fins de cálculo do tamanho da amostra, foram considerados domínios de estudo: municípios com hospitais psiquiátricos (à exceção de São Paulo), municípios com menos de 25 mil habitantes, de 25 a 100 mil habitantes, acima de 100 mil habitantes (à exceção de São Paulo) e o município de São Paulo. Para que a amostra fosse de 100 unidades no menor domínio, foram sorteadas 1.000 unidades, excluindo-se 45 estabelecimentos que não satisfaziam os critérios de funcionarem efetivamente como unidade de Atenção Básica ou que estavam desativadas, totalizando 955 unidades como amostra do estudo.

Para a realização das entrevistas, o roteiro foi enviado previamente, após autorização das respectivas Secretarias Municipais de Saúde e dos gestores das unidades sorteadas, solicitando-se que os funcionários da unidade procurassem responder ao questionário em conjunto. Posteriormente, as entrevistas foram conduzidas, por meio telefônico, por profissionais experientes e gravadas mediante software próprio, e as respostas foram computadas em planilhas próprias.

O roteiro constou de diversas questões, distribuídas em cinco blocos: (1) caracterização da unidade; (2) identificação dos problemas e necessidades associados ao sofrimento mental; (3) forma de organização do cuidado e fluxos de atenção para atender as demandas associadas à saúde e ao sofrimento mental; (4) intervenções em saúde mental oferecidas e suas características; (5) articulações intersetoriais para responder às necessidades ligadas à saúde e ao sofrimento mental. Para este artigo, foram analisadas algumas questões dos blocos 1 e 3:

1. Quais equipamentos de atenção à saúde mental existem no município ou em outro município e quais foram utilizados?
2. A unidade fez reunião de matriciamento? Quem fez o matriciamento? Quais foram os motivos para fazer o matriciamento? Esta unidade faz encaminhamentos de casos de saúde mental? A unidade faz ou acompanha a efetivação dos casos encaminhados?

Essas questões foram tabuladas em dados percentuais com a aplicação do software SPSS Statistics 20. Para algumas análises, foi considerado o porte populacional como categoria de análise, pelo fato de poder influenciar nos resultados. O projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde (CEPIS) da Secretaria de Estado de São Paulo e, quando necessário, foi submetido também a outros Comitês de Ética dos municípios estudados. Foi realizado em consonância com a Resolução 466/12 e aprovado pelo parecer no. 2.018.261 do CEPIS.

Resultados e discussão

As respostas das unidades entrevistadas revelam que, apesar dos avanços na implantação de equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no estado de São Paulo, desde a aprovação da Lei 10.216/2001 e da Portaria 3.088 de 2011 criando a RAPS, e a despeito de o estado de São Paulo ter sido precursor no modelo de atendimento psicossocial criando os primeiros serviços comunitários de porta aberta, e de ser o estado mais rico do país, em 2018 esta rede ainda mostrava debilidades em sua implantação estadual.

Vale lembrar que o período em que ocorreu a pesquisa (2017-2018) e o período imediatamente posterior foi um momento de descontinuidade nos financiamentos e nos investimentos federais em serviços de saúde mental

voltados para a lógica do cuidado psicossocial, período esse denominado por alguns autores de Contrarreforma Psiquiátrica, que durou de 2017 a 2022¹⁷. Isso indica que essa situação pode ter se acentuado nos últimos anos, ou seja, houve ainda uma maior fragilização e um desfinanciamento de equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e de outros pontos de atenção da RAPS, concomitantemente e posteriormente à coleta desses dados.

Os CAPS I, CAPS II, CAPS ad, CAPS IJ e os Ambulatórios de Saúde Mental foram os serviços mais citados como presentes nos municípios do estado de São Paulo. Mesmo assim, estão presentes em menos da metade dos municípios das unidades entrevistadas. Isso mostra o quanto os principais equipamentos de atenção secundária propostos pela RAPS, que não apenas substituem hospitais psiquiátricos, mas que são referência para toda uma gama de situações de sofrimento mental moderado a grave, não estão disponíveis em mais da metade dos municípios paulistas.

Isso compromete sobremaneira tanto o acesso ao cuidado especializado, quanto o apoio ofertado por essas unidades à APS, assim como a resposta longitudinal e territorial a situações de urgência-emergência e a possibilidade de construção de linhas de cuidado referentes a diversas condições específicas de saúde mental.

Em torno de 10% a 12% das unidades relataram a existência de algum desses cinco serviços acima citados apenas em outro município da região, o que não garante o acesso ao cuidado psicossocial em situações de sofrimento crônico e prolongado. A dificuldade no acesso é comum na área de saúde mental, uma vez que nem sempre existem pactuações microrregionais e intermunicipais que facilitem esse acesso, somada à situação de ter que transpor grandes distâncias, que podem comprometer a busca, a adesão e a continuidade dos cuidados necessários. Os CAPS I, II, III são altamente utilizados pela APS quando presentes no município ou região: 84% referem utilizar o CAPS I, 80,9% referem utilizar o CAPS II e 72,7 % referem utilizar o CAPS III, quando presentes no território.

Já os Ambulatórios de Saúde Mental, que também possuem uma presença ainda significativa no estado de São Paulo (53,5% estão presentes no município ou na região), não oferecem um cuidado interdisciplinar, psicossocial e territorial, mas também são serviços menos utilizados pela rede básica quando presentes, pois apenas 46,1% das unidades o utilizam para encaminhamento ou matriciamento. Isso pode revelar uma dificuldade de esses equipamentos se inserirem numa rede de cuidado psicossocial, não colaborando de forma tão próxima quanto os CAPS nas demandas e necessidades de saúde mental identificadas na rede básica de saúde.

O CAPS-IJ é o principal, e como veremos, quase um dos únicos equipamentos ofertados pelo Estado brasileiro por meio do SUS para crianças e adolescentes, com algum tipo de sofrimento mental ou dificuldade psicossocial. No entanto, mais da metade (50,6 %) das unidades entrevistadas não possuem CAPS-IJ em seu município, mesmo porque, este equipamento, pela normativa ministerial vigente, só pode ser implantado em municípios de grande porte (acima de 150.000 habitantes).

Sendo assim, somente 41,8% dos municípios com unidades entrevistadas possuíam tal equipamento. Se mesmo os municípios com CAPS-IJ têm alta demanda reprimida de situações comportamentais, casos de TEA e outros transtornos do desenvolvimento, automutilação e problemas relacionados ao uso de álcool e drogas,¹⁸ nos municípios de pequeno a médio porte, o acesso a cuidado psicossocial fica quase impossibilitado. Nesses, a população depende de planos de saúde e clínicas privadas ou de alguma ação de cuidado da rede de atenção primária, que ainda se mostra pouco preparada, e bastante dependente das desmontadas e desfinanciadas equipes de NASF e das atuais equipes e-Multi, ainda em implantação.

Vale lembrar que algumas vezes, quando não há CAPS- IJ no município ou na região de saúde, os casos prolongados a graves e as situações de crises emocionais e comportamentais são assumidas por CAPS I ou II, ou CAPS ad, ou ainda por Ambulatórios de Saúde Mental, quando não recorrem a internações em hospitais psiquiátricos ou, com sorte, em alas psiquiátricas de hospitais gerais.

Esse tipo de situação permanece sendo inadequada e muitas vezes prejudicial, pois tais CAPS, ao precisarem dividir salas e espaços do serviço, e mesmo dividir a atenção e tempo dos profissionais entre grupos de adultos e crianças/adolescentes em sofrimento e com dificuldades variadas, que possuem necessidades e quadros muito distintos, comprometem a oferta de uma ação terapêutica psicossocial singularizada e não medicalizada. Apesar de ser um equipamento ainda pouco presente de forma mais contundente e significativa no estado de São Paulo, o CAPS-IJ é também o equipamento mais referido como utilizado, quando existente no município ou na região, sendo que 90,4% das unidades da rede básica referiram utilizá-lo quando existente.

O CAPS ad é o serviço mais referido como presente nos municípios paulistas (49,4%), mais presente até mesmo que os CAPS I (48,7%). Isso mostra que as gestões municipais estão sensíveis em perceber a relevância da presença de um equipamento específico para lidar com a adicção e com as suas consequências psicossociais. O agravamento se mostra crescente, como indica o relatório do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), com um aumento de 26% de uso prejudicial e dependente de álcool e outras substâncias psicoativas no mundo, em relação à década anterior.¹⁸ A relevância desse ponto de atenção para a rede básica de saúde é reafirmada quando as unidades referem que, quando presente, o CAPS-ad é expressivamente usado pela rede de Atenção Básica (65,3%).

Tanto o CAPS III, que atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, funcionando 24 horas/dia – incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno –, quanto o CAPS ad III, que atende usuários de álcool e outras drogas, também com funcionamento de 24 horas/dia e com no máximo doze leitos para observação e monitoramento – ambos indicados a municípios com população acima de duzentos mil habitantes –, são pouco presentes no estado paulista, sendo identificados como presentes no município ou na região por 28,6% e 21,2% das unidades, respectivamente.

Esses serviços, por suas características, principalmente no interior do estado, composto por municípios de portes populacionais diversificados, poderiam ser utilizados de forma intermunicipal em acordos e pactuações microrregionais. No entanto, como o trabalho característico desses serviços envolve lidar com a cultura e com a realidade do território de moradia das pessoas e de suas famílias, serviços de grande porte localizados mais distantes da moradia dos usuários, têm menos chance de garantir a adesão ao tratamento e de oferecer um cuidado longitudinal e psicossocial.

Quanto maior o serviço, maior a tendência a apresentar um trabalho no modo ambulatorial, focado na medicalização do sofrimento, e menos, portanto, no modo psicossocial, comunitário, integral, usuário-centrado, interdisciplinar, intersetorial, que envolve a família e a rede social.¹³

As Unidade de Acolhimento Infantil (UAI) e Unidade de Acolhimento Adulto (UAA), que são uma proposta da Política Nacional de Saúde Mental para situações de internação breve por uso de álcool e drogas – de até seis meses e para populações em situação de vulnerabilidade social – são bem pouco presentes em São Paulo, sendo que 77,2% das unidades referiram não possuir UAI no município e região, e 74,4% unidades afirmaram não possuir UAA no município ou região.

Essas unidades, pouco implementadas na RAPS do estado de São Paulo, são bastante interessantes para a construção de linhas de cuidado e projetos terapêuticos singulares (PTS) em rede, com uma visão interdisciplinar e intersetorial. Isso porque não são serviços independentes e autocentrados, mas, em sua origem, seu uso deve ser acordado com o CAPS municipal ou regional que acompanha o usuário, com definição de PTS entre os serviços, visando sempre a reinserção psicossocial dele. Pode, inclusive, envolver escolas, rede básica e outros equipamentos de outras secretarias no cuidado compartilhado.

Essa proposta é extremamente diferente das comunidades terapêuticas, que são locais isolados, com internações, por vezes compulsórias, e sem trocas e acordos terapêuticos com os outros pontos de atenção da RAPS. O fortalecimento e maior adensamento de UAI e UAA no estado, poderia contribuir para minimizar internações desnecessárias, atendimentos forçados e pontuais, sem a garantia da autonomia e de direitos dos usuários e com pouca eficácia e impacto social.^{19,20}

Vale notar, ainda, a baixa presença nos municípios paulistas de equipamentos associados a estratégias de reinserção e reabilitação psicossocial dentro da Política Nacional de Saúde Mental. A existência de Centro de Convivência (CECO) no município ou na região foi referida por 17,3% das unidades, e Oficinas de Geração de Renda, por 27,4% das unidades.

Essas iniciativas relacionadas a esporte, cultura, aprendizagem, convivência social, lazer e trabalho sempre foram elementos centrais na Atenção Psicossocial, para a ampliação do escopo de vida e de possibilidades na existência dos usuários e para o fortalecimento de seu poder de contraturalidade e escolha autônoma. A falta desses equipamentos mostra uma atenção psicossocial muito centrada no tratamento do sofrimento em si dentro dos serviços e pouco capaz de um trabalho mais abrangente e articulado dentro do território.

Outra fragilidade identificada foi a baixa participação das unidades da APS em reuniões da Rede de Atenção Psicossocial. Apenas 41,5% das unidades referiram participar dessas reuniões em rede. Uma vez que o trabalho em redes de atenção à saúde visa a integralidade no cuidado, a superação da fragmentação e descontinuidade das ações, o conhecimento e corresponsabilização pelas condições de saúde do território, a construção de fluxos e linhas de cuidado locais e regionais para os diferentes tipos de problemas, é fundamental a participação ativa dos profissionais da APS em reuniões para discutir o trabalho em rede. Isso porque o trabalho em redes de atenção depende não apenas do diálogo constante entre os pontos de atenção, mas também da coordenação da APS em relação aos fluxos e contrafluxos do sistema e da corresponsabilização pelo cuidado territorial e continuado. Portanto, a falta de envolvimento das unidades da atenção primária nessas reuniões indica uma vulnerabilidade grave da RAPS paulista.^{8,9}

O cuidado colaborativo e compartilhado realizado por meio do apoio matricial tem sido visto mundialmente como uma estratégia de trabalho em rede muito potente, tanto para aumentar a integralidade, a longitudinalidade e a resolutividade da APS, bem como para diminuir a fragmentação e burocratização da atenção e a sobrecarga dos serviços especializados.^{4,11,15,16}

Apesar disso, esse inquérito mostrou que apenas um pouco mais da metade das unidades entrevistadas (53,3%), estavam envolvidas em atividades de matriciamento com outras equipes ou serviços, sendo que, no último ano, este número diminuía para 50% das unidades. Quando se avaliou a influência do porte do município na participação das unidades da APS em atividades de apoio matricial, percebeu-se que, quanto maior o município, maior era a participação em reuniões e ações de apoio matricial. Ou seja, unidades dos municípios de até 25.000 habitantes foram as que menos estiveram envolvidas nessas atividades.

Vale comentar que, para municípios de pequeno porte, foram o profissional articulador da Atenção Básica (52,8%) e o NASF (50%) aqueles que mais realizaram o matriciamento, seguidos pelo profissional articulador da saúde mental (48,1%), sendo o CAPS o serviço menos referido para este fim. Para municípios de médio e grande porte ocorre o inverso, pois eles têm o CAPS e o articulador de saúde mental como principais referências para o apoio matricial. A baixa participação em atividades de apoio matricial entre as unidades dos municípios pequenos, pode estar também relacionada ao baixo acesso da APS dessas localidades, a serviços especializados como o CAPS, uma vez que a legislação em saúde mental não permite a implantação deles em municípios até 15 mil habitantes.

Isso limita o apoio matricial às equipes de NASF, que desde essa época estavam sendo desmontadas, e a apoiadores da atenção básica e de saúde mental, que são insuficientes para a demanda dos serviços. De qualquer forma, o apoio matricial é uma ferramenta de gestão do cuidado e de processo de trabalho em rede que poderia ser mais utilizada nos municípios paulistas.

Dentre as unidades que solicitaram apoio matricial no último ano, quase a totalidade delas o fizeram para discussão de casos com a equipe de apoio (92,3%). Esses encontros de discussão de casos ocorreram ou ocasionalmente (40,6%), quando existia uma situação que necessitou de ajuda, ou em reuniões sistemáticas (42,1%). Entretanto, um número alto de unidades (81,9%) realizou especificamente o matriciamento para o atendimento compartilhado de casos. O encaminhamento de casos para a equipe matriciadora atender foi relatado por 79,2% das unidades, e ações de formação em saúde mental foi a atividade menos relatada pelas unidades em relação ao apoio matricial (42,5%). Em sua grande maioria, o apoio matricial foi de iniciativa da própria unidade, sendo em segundo lugar realizado por iniciativa do CAPS do município (59,7%), independentemente do tipo de atividade realizada neste apoio.

As unidades da atenção primária costumam encaminhar casos de saúde mental com frequência alta (96,9%). Os encaminhamentos, em sua maioria, não costumam ocorrer em todos os casos, mas somente nos considerados mais graves e difíceis (71,1%). Um pouco mais da metade das unidades acompanham a efetivação do encaminhamento para serviços especializados de saúde mental na maioria dos casos (54,8%) e 18% em todos os casos. Esses dados nos revelam que o acompanhamento dos casos encaminhados não é uma prática em todas as situações, como se esperaria da coordenação do cuidado feita pela APS.

Os CAPS foram os principais locais para onde dirigiram-se os encaminhamentos das unidades de atenção primária no estado de São Paulo (71,7%). O segundo local mais utilizado para encaminhamentos foram os Ambulatórios de Saúde Mental (32,6%) e em terceiro lugar foram as equipes de NASF (24,4%). Serviços de urgência e emergência foram indicados por 22,6%. Os Hospitais psiquiátricos foram serviços bem pouco referidos para encaminhamento (7,7%) e as Comunidades Terapêuticas foram os menos referidos para esse fim (1,9%).

Quando analisamos a influência do tamanho do município para o comportamento de encaminhamentos, percebemos que os municípios de até 25.000 habitantes encaminharam mais para ambulatórios de saúde mental e para serviços de urgência emergência. As unidades dos municípios de médio porte (25 a 100 mil habitantes) e de grande porte (acima de 100 mil habitantes) encaminharam mais para os CAPS e, em segundo lugar, para ambulatórios de saúde mental. Isso pode evidenciar que, quando os municípios possuem serviços especializados e psicossociais como os CAPS, eles são serviços bastante utilizados, tanto para matriciamento, como já foi analisado, como para referência dos casos de saúde mental.

Mas é interessante notar que os NASFs foram mais utilizados para encaminhamento nos municípios de médio e grande porte, em comparação a municípios de pequeno porte, que utilizaram mais os serviços de urgência emergência, encaminharam bem mais para hospitais psiquiátricos e são as unidades que mais encaminham para Comunidades Terapêuticas. Isso pode revelar uma vulnerabilidade relevante dos municípios de pequeno porte, que têm menos acesso ao CAPS, mais dificuldade de contratarem e fixarem profissionais especializados, ficando mais dependentes de articulações regionais e de ações de cuidado unicamente medicamentosas e associadas a internação em situações de crise.

A atenção psicossocial de caráter longitudinal, interdisciplinar, e que inclui a participação do usuário e da família nas decisões terapêuticas, depende da existência de equipes especializadas no território, do fortalecimento do trabalho em rede e das trocas de saberes interdisciplinares e de ações de planejamento singularizado e continuado do cuidado.^{5,16}

Tabela 1- Frequência absoluta e relativa da existência de pontos da Rede de Atenção Psicossocial na percepção das unidades de atenção básica do estado de São Paulo. Estado de São Paulo, 2017

Equipamentos existentes	Não	Sim, no município	Sim, em outro município
CAPS I	40,1 (343)	48,7 (416)	10,9 (96)
CAPS II	47,6 (400)	42,0 (353)	10,5 (88)
CAPS III	71,4 (593)	20,6 (171)	8,1 (67)
CAPS alc.&Drogas	38,0 (324)	49,4 (421)	12,6 (107)
CAPS alc.&Drogas leito	78,8 (643)	16,3 (133)	4,9 (40)
CAPS Inf. Adolesc.	50,6 (424)	41,8 (350)	7,6 (64)
Ambulatório SM	46,5 (390)	42,1 (353)	11,4 (96)
Unid. Acolh. Infantil	77,2 (616)	19,3 (154)	3,5 (28)
Unid. Acolh. Adulto	74,4 (597)	21,4 (172)	4,1 (33)
Hosp. Psíqu.	52,8 (456)	15,3 (132)	31,9 (863)
Comunidade Terap.	64,7 (534)	23,5 (194)	11,8 (97)
Centro Conviv. SM	82,8 (662)	14,9 (119)	2,4 (19)
Oficina geração renda	72,6 (573)	26,0 (205)	1,4 (11)

Tabela 2 – Frequência absoluta e relativa de ações relacionadas a dispositivos colaborativos de integração do cuidado de acordo com o porte populacional dos municípios de localização das unidades de atenção básica do estado de São Paulo. Estado de São Paulo, 2017.

	Porte município			
	Até 25 mil hab	25 a 100 mil hab	100 mil e mais hab	São Paulo
Fazem reunião de matriciamento				
Sim	30,1 (50)	47,6 (90)	61,2 (178)	83,7 (72)
Participou ativ. Matric. no Último ano				
Sim	26,2 (55)	42,7 (96)	60,0 (198)	86,0 (80)
Quem realizou o matriciamento				
Nasf	50,0 (27)	27,8 (27)	55,2 (106)	63,3 (50)
CAPS	37,0 (20)	78,4 (76)	79,8 (154)	80,0 (64)
Prof. Outra unidade	24,5 (13)	17,7 (17)	28,6 (54)	34,2 (26)
Articulador SM	48,1 (26)	41,7 (40)	41,7 (80)	51,9 (40)
Articulador AB	52,8 (28)	37,9 (36)	39,8 (76)	40,0 (30)
Fez encaminhamento de caso SM	95,9 (208)	95,7 (224)	98,2 (329)	98,9 (92)
Para onde foram encaminhados (últimos 3 meses)				
CAPS	41,0 (89)	77,4 (181)	81,8 (274)	93,5 (87)
NASF	14,7 (32)	17,5 (41)	29,0 (97)	48,4 (45)
Hosp Psíqu.	23,5 (51)	3,0 (7)	2,4 (8)	2,2 (2)
Ambulat. SM	30,9 (67)	42,7 (100)	32,8 (110)	10,8 (10)
Hosp. Geral	18,4 (40)	6,8 (16)	4,8 (16)	6,5 (87)
Serv.Urg.Emerg	30,4 (66)	15,0 (35)	25,7 (86)	12,9 (12)
CAISM	0,5 (1)	2,1 (5)	0,9 (3)	1,1 (1)
Centro Conviv.	0,0 (0)	0,0 (0)	1,8 (6)	9,7 (9)
Comunid. Terap.	5,1 (11)	1,7 (4)	0,6 (2)	0,0 (0)

Considerações finais

Este artigo aponta primeiramente para a necessidade de um fortalecimento intencional da Rede de Atenção Psicossocial paulista, com colaboração entre as gestões interfederativas, visando sua consolidação, maior abrangência, capilaridade, integração regional, conexão e comunicabilidade entre os serviços especializados e a rede de atenção primária. De modo geral, a análise das respostas das unidades de atenção básica paulistas aponta que os CAPS, em suas diferentes modalidades - serviços substitutivos criados a partir da Reforma Psiquiátrica para a integralidade do cuidado em saúde mental - não estão presentes de forma satisfatória nos municípios.

Quando existentes, contudo, esses são os serviços mais utilizados pela APS, o que reforça a necessidade de investimento tanto na criação de novos serviços, na reanálise e revisão da legislação sobre o porte dos municípios elegíveis para a implantação destes serviços, como no incremento da capacidade de articulação e pactuação macro e microrregional para a diminuição das inequidades territoriais e vazios assistenciais, com vistas à melhoria do acesso ao cuidado integral e psicossocial.

A ampliação das modalidades de serviços propostos pela RAPS, tais como Unidades de Acolhimento para crianças, adolescentes e adultos com uso prejudicial de álcool e outras drogas e equipamentos que contribuem para a reinserção e reabilitação psicossocial precisa ser estimulada no estado, e o papel e potencial dessas estratégias mais conhecidos e compreendidos. Por fim, a participação das unidades da APS no trabalho em rede e uso de dispositivos de cuidado compartilhado e interdisciplinar precisa ser incrementado tanto pela implementação adequada das novas equipes e-Multi, como pelo fortalecimento do apoio matricial ofertado pela rede especializada.

Referências

1. Brasil. Lei nº 10.2166, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. 9 de abril de 2001.
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 4.279/GM/MS de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Legislações – GM. 30 de dezembro de 2010.
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 26 de dezembro de 2011.
4. Treichel CAS, Campos RTO, Campos GWS. Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil. Interface (Botucatu). 2019; 23: 1-18.
5. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública. 2007;23(2):399-407.
6. Rotoli A, Silva MRS, Santos AM, Oliveira AMN, Gomes GC. Saúde mental na Atenção Primária: desafios para a resolutividade das ações. Esc Anna Nery. 2019; 23(2):1-9.
7. Pupo LR, Rosa TEC, Sala A, Feffermann M, Alves MCGP, Moraes MLS. Saúde Mental na Atenção Básica: identificação e organização do cuidado no estado de São Paulo. Saúde Debate. 2020;44(3):107-127.
8. Tofani LFN, Furtado LAC, Guimarães CF, Feliciano GCF, Silva GR, Bragagnolo LM, et al. Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as redes de atenção à saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2021; 26(10):4769-4782.
9. Cecilio LCO, Andreazza R, Carapinheiro G, Araújo EC, Oliveira LA, Andrade MGG et al. Ciência & Saúde Coletiva. 2012; 17(11):2893-2902.
10. Sala A, Luppi CG, Wagner GA, Junior RVBP, Junior NC. Desempenho da atenção primária à saúde no estado de São Paulo, Brasil, no período de 2010-2019. Ciência & Saúde Coletiva. 2024; 29(6):1-13.

11. Silva BM, Campos RTO, Treichel CAS. Apoio matricial e manutenção do vínculo com a atenção primária: um estudo longitudinal retrospectivo. *Saúde Debate*. 2025; 49 (144): 1-14.
12. Coelho VAA, Andrade LI, Guimarães DA, Pereira LSM, Modena CM, Guimarães EAA et al. Regionalização da atenção psicossocial: uma visão panorâmica da rede de atenção psicossocial de Minas Gerais, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2022; 27(5):1895-1909.
13. Macedo JP, Abreu MM, Fontenele MG, Dimenstein M. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da reforma psiquiátrica brasileira. *Saúde Soc*. 2017; 26 (1):155-170.
14. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20 (Sup 2) :S190-S198.
15. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;31(3):260– 268.
16. Oliveira MM, Campos GWS. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 20(1):229-238.
17. Nunes MO, Junior JML, Portugal CM, Torrenté M. Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019; 24(12):4489-4498.
18. UNODC. Relatório Mundial sobre Drogas 2023 do UNODC alerta para a convergência de crises e contínua expansão dos mercados de drogas ilícitas. Viena; 2013.
19. Pupo LR, Rosa TEC. Saúde Mental na Rede Básica do Estado de São Paulo – um panorama das possibilidades e limites para o cuidado do público jovem e adolescente. In: Figueiredo R, Cayres AZF, Ciliberti ME. *Adolescência e Juventude & Saúde Mental*. (Temas em saúde coletiva; 33). São Paulo: Instituto de Saúde; 2023. 426p.
20. Exner C, Surjus LT, Argento FA. Saúde mental infantojuvenil: estratégias de cuidado em unidade de acolhimento. *Cad. Brasil. Saúde Mental*. 2020; 12(31): 60-86.