



Saúde Mental na Atenção Básica: intersectorialidade no cuidado em saúde mental no Estado de São Paulo

Mental Health in Primary Care: Intersectoriality in mental health care in the State of São Paulo

Salud Mental en la Atención Primaria: Intersectorialidad en la atención a la salud mental en el Estado de São Paulo

La santé mentale dans les soins primaires : l'intersectorialité dans les soins de santé mentale dans l'État de São Paulo

Ligia Rivero Pupo¹, Tereza Etsuko Costa Rosa ² e Maria de Lima Salum e Morais³

¹ Psicologia, Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Pesquisadora-Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

 <http://orcid.org/0000-0003-0925-152X> E-mail: ligiapupo@gmail.com

² Psicologia, Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Pesquisadora-Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

 <http://orcid.org/0000-0001-9285-0472> E-mail: tererosa@isaude.sp.gov.br

³ Psicologia, Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Pesquisadora-Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

 <http://orcid.org/0000-0003-4357-9473> E-mail: masalum@gmail.com

Resumo

Este artigo teve como objetivo analisar e discutir as articulações intersetoriais existentes nos serviços de Atenção Básica (AB) do estado de São Paulo para responder às necessidades ligadas à promoção da saúde mental e cuidado ao sofrimento mental. Para isso, baseou-se em um estudo transversal quantitativo e descritivo, realizado por meio de um inquérito telefônico em unidades de Atenção Básica à Saúde do estado. Os dados foram analisados segundo porte do município, tipo de unidades de AB, presença de profissional de Saúde Mental na unidade e participação em reuniões da Rede de Atenção Psicossocial. Os resultados indicam que apenas 63,2% das 879 unidades de AB entrevistadas possuem alguma articulação intersetorial para o manejo de situações de saúde mental, sendo que a articulação mais referida entre as unidades foi com os equipamentos da rede de assistência social, seguida daquela com os equipamentos da rede de educação. Todavia, a natureza dessa articulação mostrou certa fragilidade por estar mais focada em encaminhamentos e orientações e não em reuniões periódicas conjuntas. Faz-se necessário o incremento de articulações mais diversificadas e focadas no cuidado psicossocial, tais como com unidades de esporte, cultura e grupos de geração de renda, e faz-se necessário uma maior intencionalidade da gestão na implementação de espaços dialógicos entre diferentes setores para uma articulação intersetorial mais potente e eficaz.

Palavras-chave: Saúde mental; Atenção Primária; Serviços de saúde; Colaboração intersetorial; Inquérito de Saúde.

Abstract

This article aimed to analyze and discuss intersectoral articulations of primary health care services in the state of São Paulo, Brazil, in order to respond to needs linked to mental health promotion and to mental suffering care. With this purpose, a quantitative and descriptive cross-sectional study was carried out through a telephone survey in Primary Health Care (PC) services in the State. The data were analyzed according to the size of the municipality, types of primary care units, presence of a mental health professional in the unit and participation in Psychosocial Care Network meetings in its region. The results indicate that only 63.2% of the 879 services interviewed have had some intersectoral coordination for the management of mental health situations. The most frequently mentioned articulation between units were with social assistance network equipments, followed by that with educational institutions. However, the nature of this articulation showed some fragility, insofar as it was more focused on referrals and guidance than on regular joint meetings. It is proposed the need for increase of more articulations with diversified equipment focused on psychosocial care, such as with sports units, culture and income generation groups. There is also a need for greater

intentionality of management in the implementation of dialogical spaces between different sectors in order to achieve a more powerful and effective intersectoral articulation.

Keywords: Mental health; Primary care; Health Services; Intersectoral Collaboration; Health Survey.

Resumen

Este artículo tuvo como objetivo analizar y discutir las articulaciones intersectoriales existentes en los servicios de atención primaria en la provincia de São Paulo para responder a las necesidades vinculadas a la promoción de la salud mental y la atención al sufrimiento mental. Para ello, se basó en un estudio cuantitativo y descriptivo de corte transversal, realizado a través de una encuesta telefónica en servicios de Atención Primaria de Salud (APS) de la provincia. Los datos fueron analizados según el tamaño de la municipalidad, tipo de unidades de APS, presencia de un profesional de Salud Mental en la unidad y participación en reuniones de la Red de Atención Psicosocial. Los resultados indican que sólo 63,2% de las 879 unidades de APS entrevistadas cuentan con alguna coordinación intersectorial para el manejo de situaciones de salud mental, siendo la articulación entre unidades más mencionada con los equipos de asistencia social, seguida de esa con los equipos de educación. Sin embargo, la naturaleza de esta articulación mostró cierta fragilidad, ya que estaba más enfocada en referencias y orientación y no en reuniones conjuntas periódicas. Es necesario incrementar articulaciones más diversificadas enfocadas a la atención psicosocial, como con unidades deportivas, culturales y de generación de ingresos, y se necesita una mayor intencionalidad de gestión en la implementación de espacios de diálogo entre diferentes sectores para una intersectorialidad más potente y efectiva.

Palabras-Clave: Salud Mental. Atención Primaria; Servicios de Salud; Colaboración Intersectorial; Encuesta de Salud.

Resumé

Cet article visait à analyser et discuter les articulations intersectorielles existant dans les services de soins primaires de l'État de São Paulo, pour répondre aux besoins liés à la promotion de la santé mentale et à la prise en charge de la souffrance mentale. Pour cela, on est appuyé par une étude transversale quantitative et descriptive, réalisé à travers une enquête téléphonique dans les services de Soins de Santé Primaire de l'État. Les données ont été analysées en fonction de la taille de la municipalité, du type d'unités de soins de santé primaires, de la présence d'un professionnel de la santé mentale dans l'unité et de la participation aux réunions du Réseau de Soins Psychosociaux. Les résultats indiquent que

seulement 63,2 % des 879 unités de soins de base interrogées disposent d'une certaine coordination intersectorielle pour la gestion des situations de santé mentale, l'articulation entre unités la plus mentionnée étant avec les équipements du réseau d'assistance sociale, suivie de celle avec les équipements du réseau d'assistance sociale et d'éducation. Cependant, la nature de cette articulation a montré certaine fragilité, car elle était davantage axée sur l'orientation et l'orientation que sur des réunions conjointes régulières. Il est nécessaire d'augmenter les articulations plus diversifiées axées sur les soins psychosociaux, comme avec les unités sportives, les groupes culturels et générateurs de revenus, et il est nécessaire d'avoir une plus grande intentionnalité de gestion dans la mise en œuvre d'espaces de dialogue entre différents secteurs pour un dialogue intersectoriel plus puissant et efficace.

Mots-clés: Santé Mentale; Attention Primaire; Services de Santé; Collaboration Intersectorielle; Enquête sur la Santé.

Introdução

Tendo em vista o dinamismo, a abrangência, a complexidade e a multideterminação das necessidades sociais e humanas e a conseqüente impossibilidade de responder efetivamente a tais demandas com ações setorizadas e segmentadas, os modelos de gestão de políticas públicas e sociais têm intencionalmente buscado atuações mais transversais, articuladas e partilhadas, buscando a convergência de interesses, a ampliação do escopo e alcance das ações, além de soluções mais eficazes, integrais e sinérgicas. (Bellini e cols., 2023; Mendonça e cols., 2021; Amaral & Carvalho, 2020; Prado e cols., 2022; Barboza e cols., 2014). Dessa forma, a intersectorialidade, considerada como integração de diversos setores governamentais e não-governamentais para a consecução das ações públicas e manejo de problemas complexos, tem sido cada vez mais valorizada e visada, tanto no reconhecimento e análise dos problemas e necessidades, como na combinação e conciliação de esforços, conhecimentos, recursos e estratégias para o planejamento, a execução e a avaliação das ações. (Mendonça e cols., 2021; Prado e cols., 2022; Dias e cols., 2014; Akerman e cols., 2014)

A articulação intersectorial propõe uma nova forma de trabalhar, de se comunicar, de gerir e executar políticas públicas, juntando dificuldades e carências comuns e, para superá-las, une saberes, recursos e capacidades técnicas específicas que se complementam, a partir da construção de espaços de diálogo, operacionalização conjunta e harmônica, gestão e decisão compartilhadas. Visa ainda à redução de custos e racionalização das ações e a uma mudança na forma de organizar e efetuar os processos de trabalho entre serviços e instituições, superando estruturas e respostas mais verticais e fragmentadas (Prado e cols., 2022; Silva e cols., 2014; Machado, 2010; Romagnoli e cols., 2017). A intersectorialidade como perspectiva de trabalho

serve como um mecanismo para propiciar encontros, escuta mútua, diversidade de visões e compreensão de pontos de vista diversos, manejo de prioridades e interesses congruentes, construção de alianças na implementação de ações, otimização de recursos e trabalho em rede, evitando a duplicidade de ações e encontrando convergências possíveis (Romagnoli e cols., 2017; Barboza e cols., 2014).

A intersetorialidade sempre esteve presente como princípio norteador das práticas e políticas de saúde no SUS, incorporada no ideário da promoção de saúde desde a década de 70 com a declaração de Alma Ata sobre atenção primária (Brasil, 2002). Tal declaração já discutia a multideterminação do processo saúde-doença e a abrangência das ações necessárias para a promoção da saúde, levando em consideração a complexidade das necessidades humanas. É um conceito norteador da Política Nacional de Promoção da Saúde (Brasil, 2010), visando à redução das vulnerabilidades e ao enfrentamento dos determinantes sociais. Também norteia a Política Nacional de Atenção Básica no Brasil (Brasil, 2012), que contempla como diretrizes do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família; a promoção e o desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e alianças entre diferentes instituições e projetos sociais, com o objetivo de garantir a integralidade do cuidado.

No campo da saúde mental, a reforma psiquiátrica brasileira, consolidada inicialmente pela lei nº 10.216/01, propôs uma reorientação do modelo de cuidado existente para pessoas com sofrimento mental, preconizando um atendimento territorial e comunitário em substituição ao modelo manicomial, indicando atenção em rede e em liberdade, buscando a garantia de direitos sociais e a reinserção psicossocial dos indivíduos afetados, e nesse sentido, ratificando a necessidade de parcerias com vários setores da sociedade de forma a assegurar essa reinserção (Amaral & Carvalho, 2020; Sampaio & Bispo Júnior, 2021).

Entretanto, foi a partir da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2010, que o tema da intersetorialidade avançou no sentido de ser realmente considerado central e estratégico para a atenção de natureza psicossocial, que deveria garantir um cuidado integral e abrangente às pessoas vivendo com sofrimento mental, criando uma sinergia de recursos e respostas articuladas e combinadas com outros setores sociais (trabalho, educação, cultura, assistência social, habitação, esportes, previdência) (Brasil, 2010). A complexidade das necessidades de saúde mental e a transversalidade das respostas exigidas requeriam uma gestão em rede e uma ação coordenada das diferentes políticas públicas (Pereira, 2019; Mangini e cols., 2019; Romagnoli e cols., 2017). Assim, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), criada em 2011 pela Portaria GM/MS n. 3.088, como um conjunto articulado de pontos de atenção à saúde destinado a pessoas com sofrimento mental e problemas relativos ao uso de crack, álcool e outras drogas considerou, desde seu início, a responsabilização compartilhada e interdisciplinar dos casos e a articulação com outras políticas, redes e grupos sociais – elementos centrais de seu funcionamento (Sampaio & Bispo Júnior, 2021; Pereira, 2019).

Espera-se que o raciocínio e as práticas intersetoriais enriqueçam e aprofundem as atividades de cada setor e que tornem tais práticas mais competentes e eficazes, uma vez que as intervenções estarão também direcionadas às diferentes variáveis relacionadas às necessidades de saúde, levando-se em consideração seus determinantes sociais e as iniquidades associadas, estimulando, assim, uma maior integralidade da atenção (Prado e cols., 2022; Barboza e cols., 2014). Entretanto, a intersetorialidade não é uma prática espontânea e casual, mas intencional e deliberada que rompe com um raciocínio fragmentado e verticalizado e exige, portanto, uma

vontade política e um posicionamento premeditado dos gestores públicos, sendo importante que se configure como uma política de governo. Para que ocorra de forma mais eficaz, é relevante que a articulação intersetorial ocorra desde a análise de prioridades comuns até a coparticipação no planejamento e formulação de políticas, a definição de recursos e responsabilidades, o compartilhamento de informações pertinentes, a construção de espaços comuns de diálogo, negociação e tomada de decisões, a colaboração na execução das ações e o acompanhamento e avaliação constante das ações realizadas em parceria (Pereira, 2019; Prado e cols., 2022; Dias e cols., 2014; Machado, 2010).

Entretanto, muitas são ainda as dificuldades e diversos os obstáculos a serem superados para a incorporação da lógica intersetorial nas políticas públicas. Entre eles estão: o corporativismo de pessoas, setores e organizações; a excessiva burocracia que dificulta o processo de trabalho e contribui para a rigidez, ineficiência e transferência de responsabilidade; a falta de institucionalização, sistematização e planejamento desse tipo de articulação e ação coordenada, o que torna as ações pontuais, superficiais e momentâneas; o desconhecimento de gestores e profissionais dos recursos e potencialidades da rede e do território; a fragilidade organizacional e de recursos humanos de alguns setores; os vários conflitos referentes a disputas de poder e políticas (Sampaio & Bispo Júnior, 2021; Dias e cols., 2014; Soares & Mesaque, 2017; Romagnoli e cols., 2017; Silva e cols., 2014).

Este artigo pretende analisar e discutir as articulações intersetoriais existentes nos serviços de Atenção Básica do estado de São Paulo para responder às necessidades ligadas à promoção da saúde mental e ao cuidado com o sofrimento mental.

1. 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 e descritivo, realizado por meio de inquérito telefônico em serviços de Atenção Básica à Saúde do estado de São Paulo.

A população de estudo foi constituída por 4941 estabelecimentos de saúde caracterizados como unidades de Atenção Básica. Para a sua identificação 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.

Para fins de cálculo do tamanho da amostra foram considerados o porte do município e a existência de hospitais psiquiátricos na definição dos seguintes 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 1000 unidades no total. Após o sorteio, foram excluídos 45 estabelecimentos que não satisfaziam os critérios de funcionarem efetivamente como unidade de Atenção Básica ou que estavam desativados.

Para a realização das entrevistas, o roteiro foi enviado inicialmente a cada unidade por e-mail ou correio, após autorização das respectivas Secretarias Municipais de Saúde e dos gestores das unidades sorteadas. Solicitou-se que os funcionários da unidade procurassem responder ao questionário em conjunto. Após confirmação de recebimento do roteiro pela unidade, eram marcadas data e hora para a realização da entrevista telefônica com o questionário já preenchido. As entrevistas foram conduzidas 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 as seguintes questões:

- 1- Existem articulações com grupos, instituições ou organizações de fora do setor da Saúde para promover saúde mental ou cuidar do sofrimento mental?
- 2- A unidade se articula com quais grupos, instituições ou organizações a seguir: CRAS ou outros equipamentos da Assistência Social; escolas, creches ou universidades; equipamentos de cultura; equipamentos de esporte; associação de bairro ou de moradores; grupos de geração de renda ou cooperativas; associação de idosos; grupos de ajuda mútua (Alcoólicos Anônimos, Neuróticos Anônimos, Compulsivos Anônimos etc); igrejas; associações/ONG que trabalham com pessoas vivendo com deficiências - APAE, AACD etc).
- 3- Quais tipos de ações são realizadas nessas articulações (reuniões periódicas; encaminhamentos; aulas, palestras e cursos; orientações)?

Essas questões foram tabuladas em dados percentuais e suas possíveis associações testadas estaticamente por meio de testes de chi-quadrado, calculados com a aplicação do software SPSS Statistics 20.

Como categorias de análise foram considerados, pelo fato de poderem influenciar nos resultados: a) o porte do município; b) o tipo de unidade básica (UBS tradicional, Estratégia Saúde da Família-ESF e unidade mista - UBS mais ESF); c) a presença de profissional Saúde Mental (psicólogo(a), psiquiatra, terapeuta ocupacional e/ ou assistente social); e d) a participação em reuniões da Rede de Atenção Psicossocial-RAPS.

O projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética 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.

2. Resultados e Discussão

Ao final da coleta dos dados obteve-se um total de 879 unidades da rede básica de saúde que responderam satisfatoriamente ao questionário do estudo, considerando-se uma perda de cerca de 8% de unidades que resultaram não participando da pesquisa. A não resposta foi relacionada aos seguintes motivos: não autorização do gestor municipal; dados incompletos de endereços das unidades; dificuldades em contatar as pessoas que poderiam autorizar a entrevista ou em estabelecer contato com os profissionais indicados para responder as entrevistas.

Não foram encontradas na literatura pesquisas com essa metodologia e com esse porte no estado de São Paulo, sendo que a lógica de identificação do sofrimento mental e as formas de organização do cuidado em saúde mental na rede básica foram descritas em outra publicação (Pupo e cols., 2020). O presente estudo se concentrou em analisar a prática de articulação intersetorial no cuidado ofertado em saúde mental, no âmbito da Atenção Básica em Saúde.

2.1. Caracterização das Unidades Quanto a Articulações Intersetoriais

Das 879 unidades básicas de saúde que responderam ao questionário do estudo, 63,2% afirmaram que existe algum tipo de articulação com grupos, instituições ou organizações não pertencentes ao setor da saúde para promover saúde mental ou cuidar do sofrimento mental. Apesar de mais da metade das unidades referirem alguma articulação fora do setor saúde, chama muito a atenção o fato de existirem ainda um número razoável de unidades básicas no estado (36,8%) que não se organizam para intencionalmente se articularem com instituições de outros setores governamentais no manejo dos casos. Esse dado chama atenção, na medida em que o sofrimento mental é multideterminado e as respostas a ele também o são e, uma vez que a soma e complementariedade de recursos, saberes e ações é uma condição fundamental associada tanto ao cuidado psicossocial, como à integralidade em saúde mental. É muito improvável que a população atendida de crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos em sofrimento mental não demandem necessidades de trabalho, educação e formação, proteção a direitos fundamentais e outros benefícios sociais; e/ou, também, que pessoas que buscam tais benefícios e programas sociais fora do setor saúde não estejam muitas vezes vivendo situações de grave sofrimento emocional e mental.

Das unidades que relataram fazer alguma articulação para promover saúde mental ou cuidar do sofrimento mental (Tabela 1), quase todas (95,1%) têm algum tipo de parceria/articulação com os equipamentos da assistência social (CRAS, CREAS, entre outros). Esse tipo de articulação mostrou-se elevada independentemente do tamanho do município, do tipo de UBS (PSF, tradicional ou mista), da presença de profissional de saúde mental (SM), ou da

participação em reunião de RAPS. O fato pode estar relacionado à extrema necessidade de articulação entre essas duas redes, dada a prevalência de situações de violência, situações de abuso e negligência, isolamento social, uso de álcool e drogas e outras carências sociais associadas ao sofrimento mental, que são alvo de interesse e identificadas por profissionais tanto da Atenção Básica do SUS, como das unidades da rede Sistema Único de Assistência Social (SUAS). (Amaral & Carvalho, 2020; Semzezem & Alves, 2013; Carmo & Francini, 2018).

O sistema SUAS tem como objetivo organizar e realizar ações socioassistenciais de proteção social visando reduzir fragilidades, vulnerabilidades e riscos sociais que indivíduos e famílias enfrentam ao longo da vida, em decorrência das desigualdades, iniquidades e dificuldades sociais e econômicas que ferem a dignidade humana. (Resolução CNAS n. 33, 2012). Os serviços da rede de assistência social (CRAS, CREAS, Centro POP, Centro Dia, Centro de Acolhida para idosos, entre outros) exercem papel fundamental no apoio aos usuários que frequentam unidades de Atenção Básica e que estão em situação de vulnerabilidade social. São equipamentos de suporte a situações familiares ou individuais com múltiplas fragilidades psicossociais que dificultam o cuidado integral com a saúde. Tais equipamentos, em parceria com a rede de Atenção Psicossocial (RAPS), podem compor diferentes arranjos de cuidado e de suporte em cada situação e momento de vida (Brasil, 2009; Brasil, 2011).

Quando se investigam as características dessa articulação, percebe-se que a principal ação realizada pela Atenção Básica se refere a encaminhamentos das unidades de saúde para os serviços do SUAS (91,6% - Tabela 1). Ainda existe uma parcela considerável de unidades que relatam realizar orientações e trabalhos conjuntos com esses equipamentos, o que pode tornar a resolução de problemas mais eficiente. É significativamente baixo, entretanto, o número de unidades que realizam reuniões periódicas de articulação entre essas duas redes (35%), o que pode indicar que essa articulação, apesar de frequente, não é institucionalizada e previamente planejada, mas ocorre dependendo de cada profissional envolvido, de forma ocasional, segundo a necessidade e possibilidade de cada situação.

O segundo tipo de articulação intersetorial mais apontado pelas unidades da rede básica do estado de São Paulo (Tabela 1) foram as articulações com instituições de ensino (escolas/creches e universidades). Cerca de 75,3% das unidades relataram possuir algum tipo de articulação com esses equipamentos. Apesar de ser o segundo tipo de articulação mais frequente da rede básica de saúde para questões de saúde mental, pode-se ainda considerar esse número como insuficiente, uma vez que existem programas governamentais de articulação entre saúde e educação e diretrizes explícitas para o trabalho conjunto entre essas duas redes dentro da RAPS. Ademais, especialmente para a população infante-juvenil, as escolas são uma das principais fontes de encaminhamento de situações de sofrimento mental para a rede de saúde, e os dados deste estudo revelam ser bem frequente o fornecimento de algum tipo de orientação para os equipamentos de ensino (91,2%). No entanto, para que esse cuidado não passe apenas de “transferência de responsabilidade” de uma rede para outra e para que seja possível prevenir, identificar precocemente e cuidar de situações de sofrimento mental, de dificuldades de aprendizagem, de uso de álcool e drogas, de situações de violência, negligência e abuso, de eventos de automutilação e tentativas de suicídio nos estabelecimentos de ensino, é fundamental a discussão permanente e intencional de gestores das duas redes, a criação de linhas de cuidado por problemas específicos e o diálogo constante de profissionais dos dois tipos de estabelecimentos, analisando as dificuldades e problemas mais prevalentes em reuniões

conjuntas e periódicas. Contudo, somente 45% das unidades básicas de saúde referiram realizar reuniões conjuntas e periódicas com os estabelecimentos de ensino).

Aliás, as redes ligadas aos setores de educação, tanto a pública, como a privada, e a rede do terceiro setor também podem contribuir com parcerias e programas de escolarização e formação para indivíduos com sofrimento mental mais grave. Outro aspecto a ser considerado é a patologização de comportamentos diferentes e desviantes, tais como: transtorno do espectro autista, TDAH, adição a drogas, transtornos alimentares, entre outros e a exclusão social dessas pessoas. Em decorrência da patologização do sofrimento mental, torna-se frequente sua medicalização nas várias fases da vida, até por serem os procedimentos médico e orgânico centrados de solução mais imediata, embora questionáveis e nem sempre eficazes. Esse tipo de questão, entretanto, envolve uma mudança de mentalidade e uma maior compreensão do cuidado psicossocial e dos limites do cuidado biomédico em situações de saúde mental, tanto entre gestores e profissionais da rede básica de saúde, como entre gestores e profissionais da Educação. (Sampaio & Bispo Júnior, 2021; Prado e cols., 2022).

Outro dado encontrado, em relação à articulação das unidades básicas com a educação, é o fato de que quanto maior o município, mais articulações desse tipo foram citadas, sendo os municípios de grande porte e o município de São Paulo aqueles com maior articulação com a rede de ensino (Tabela 2). A presença de profissional de saúde mental na unidade básica torna um pouco mais frequente a possibilidade desse tipo de articulação. No entanto a participação em reuniões de RAPS pareceu ser relevante para o aumento desse tipo de articulação, o que pode estar relacionado aos efeitos das discussões realizadas entre CAPS (infanto-juvenil, álcool e drogas e adultos), unidades básicas e setores de urgência e emergência sobre a prevalência dos principais problemas, sobre as dificuldades no manejo e as necessidades de interlocução (Tabela 2).

Os três tipos de articulação menos mencionados pelas unidades básicas foram: articulação com equipamentos da área de cultura (16,5%), da área do esporte (14,6%), e grupos de geração de renda (10,4%). Apesar dos escores baixos nesses tipos de articulação, as unidades pertencentes a municípios de grande porte ou ao município de São Paulo, bem como aquelas com participações em reuniões de RAPS foram as que significativamente mais referiram algum tipo de articulação nessas áreas. A articulação com grupos de ajuda mútua e grupos de idosos também se revelou bem baixa, indicando um baixo índice de busca por interação com esses equipamentos por parte das unidades de saúde. De modo semelhante, essas articulações foram significativamente maiores nos municípios de grande porte ou quando a unidade participava de reunião da RAPS (Tabela 2). Os tipos de UBS (ESF, tradicional, mista) não fizeram diferença significativa na variedade e porcentagem das articulações realizadas.

Apesar de as estratégias da reabilitação e reinserção psicossocial propostas pela reforma psiquiátrica brasileira - com o objetivo de aumentar a autonomia das pessoas com sofrimento mental e desenvolver seus recursos pessoais e sociais - sugerirem a importância da articulação dos equipamentos da RAPS com equipamentos da cultura, esportes, previdência e trabalho, entre outros; e, a despeito da relevância das oficinas de geração de renda, cooperativas sociais e atividades profissionalizantes na Política Nacional de Saúde Mental - visando a reinserção no mercado de trabalho de forma protegida e cuidadosa, bem como a autonomia e o empoderamento pessoal -, é significativamente baixo o relato de articulações das unidades

básicas com tais equipamentos e grupos de geração de renda (entre 10 a 20% das unidades realizam tal articulação) (Brasil, 2010; Sampaio & Bispo Júnior, 2021; Soares & Mesaque, 2017).

Considera-se que os grupos de ajuda e de suporte mútuos (tais como Alcoólicos Anônimos, Neuróticos Anônimos, Compulsivos Anônimos, entre outros) são uma estratégia eficaz e relevante para o fortalecimento psíquico, para o manejo interpessoal das dificuldades, para o fortalecimento da rede de apoio, para o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento e para a inclusão social (Sampaio & Bispo Júnior, 2021). No entanto, embora tais grupos sejam mais uma estratégia e um apoio possíveis para a desinstitucionalização de pessoas com sofrimento mental, para a diminuição do abandono de tratamento nos serviços e para a redução da cronificação de pacientes na rede de atenção psicossocial, ainda são pouco frequentes as articulações da rede básica de Saúde com tais dispositivos.

As articulações com equipamentos de esporte e cultura, considerada estratégica para a construção de redes sociais e para a socialização dos indivíduos em sofrimento, para o relaxamento e experimentação de atividades de lazer, e para desenvolvimento de interesses e habilidades pessoais, além de terem sido pouco referidas, estão principalmente relacionadas ao encaminhamento para esses espaços ou, por vezes, com atividades de orientação. São poucas as unidades que relatam fazer reuniões periódicas com esses setores e equipamentos para construção de estratégias combinadas e articuladas. Isso limita a possibilidade de aprendizado conjunto entre esses dois setores, assim como o enfrentamento de problemas psicossociais e a criação de programas e estratégias mais efetivas para pessoas com sofrimento mental. Como mencionado anteriormente, quanto maior o município, mais articulações com equipamentos de cultura foram identificadas. Isso pode estar relacionado à maior amplitude de equipamentos desses setores em municípios de médio e grande porte.

Tabela 1. Frequência de unidades de atenção básica do estado de São Paulo que realizam articulações intersetoriais e tipo de articulação efetuada (encaminhamentos, aulas/palestras/cursos, orientações, reuniões periódicas, e respectivas instituições, organizações ou grupos).

Instituições/organizações/grupos	Realiza articulações (%)	Encaminha mentos (%)	Tipos de ações realizadas		
			Aula/palestras /cursos (%)	Orientações (%)	Reuniões periódicas (%)
CRAS ou outros equipamentos da Assistência Social	95,1	91,6	32,9	82,7	35,1
Escolas/creches/universidades	75,3	76,4	74,3	91,2	45,0
ONG de pessoas vivendo com deficiências	42,8	86,1	20,4	67,4	23,4
Igrejas	30,3	45,1	53,4	73,5	28,6
Associação de Bairro/moradores	26,9	49,3	49,7	76,6	61,0
Equipamentos de esporte	23,8	77,2	42,5	70,3	33,6
Grupos de ajuda mútua	21,8	79,7	30,5	72,3	21,0
Associação de idosos	21,6	80,2	64,3	88,6	39,7
Equipamentos de cultura	16,5	71,9	47,1	66,7	26,7
Equipamentos de esporte	14,6	77,2	42,5	70,3	33,6
Grupo de geração de rendas	10,4	78,2	44,4	70,4	70,9

De acordo com a Tabela 2, a existência de profissionais de saúde mental na Atenção Básica e a participação em reuniões de RAPS mostraram-se associadas a um aumento da articulação intersetorial desses equipamentos, o que pode mostrar uma maior consciência das características do cuidado de natureza psicossocial (que envolve o uso dos recursos

comunitários e intersetoriais) pelos profissionais de saúde mental e, também, um maior conhecimento e debate sobre os recursos do território.

Tabela 2. Distribuição da amostra por tipo de instituições, organizações ou grupos com as quais realiza articulações, segundo porte populacional e características das unidades de Atenção Básica.

	Instituições, organizações ou grupos.					
	CRAS ou outros equipamentos da Assistência Social (%)	Escolas/crèches/universidades (%)	Grupos de ajuda mútua (%)	Equipamentos de esportes (%)	Equipamentos de cultura (%)	Grupo de geração de rendas (%)
Tamanho do Município (hab)						
< 25 mil	95,4	76,4	13,3	26,0	12,6	8,7
25 mil a 100 mil	91,7	57,7	22,9	13,8	7,9	1,5
> 100 mil	97,6	80,6	27,4	27,1	18,3	12,4
São Paulo	94,7	90,7	19,2	28,8	34,2	23,3
	ns	p<0,001	P=0,022	p=0,021	p<0,001	p<0,001
Tipo de UBS						
UBS Tradicional	94,4	68,7	20,7	21,3	16,9	8,4
ESF	94,8	79,4	22,4	22,5	17,6	8,8
UBS + ESF	96,8	76,6	22,6	30,3	19,8	16,4
	ns	p=0,039	ns	ns	ns	p=0,047
Tem profissional de saúde mental						
Não	94,2	70,8	20,8	19,3	12,1	8,5
Sim	96,2	80,3	23,0	28,9	21,5	12,5
	ns	p=0,010	Ns	p=0,009	p=0,003	ns
Participa de reunião RAPS						
Não	93,9	67,8	20,5	16,7	10,4	5,9
Sim	96,4	82,8	23,2	31,0	22,7	14,8
	ns	p<0,001	ns	P<0,001	p<0,001	p=0,001

ns= p-valor não significativo.

Considerações Finais

Apesar de a intersectorialidade ser um dos princípios norteadores para a concretização da integralidade em saúde a partir do SUS, de ser central na Política Nacional de Atenção Básica no Brasil, de ser considerada uma estratégia essencial para a concretização da Política Nacional de Saúde Mental e necessária para efetivação da Rede de Atenção Psicossocial, junto com o trabalho em rede e a territorialização (Dias e cols., 2014; Amaral & Carvalho, 2020; Sampaio & Bispo Júnior, 2021; Mangini e cols., 2019), percebe-se que, para ser estabelecida e implementada nos serviços, programas e equipamentos dos diferentes setores, precisa ir além de ações pontuais, personalizadas, ocasionais, aleatórias e fragmentadas.

Assim, para que a intersectorialidade possa otimizar e combinar recursos, articular saberes e experiências, e responder de forma mais efetiva às necessidades e assuntos de interesse da população, precisa ser uma ação intencional e deliberada, e precisa ser pautada desde a gestão até a organização das atividades e do processo de trabalho nos serviços. Consequentemente, a intersectorialidade não pode ser reduzida a encaminhamentos e passagem de responsabilidade de um setor para o outro, ainda que essa ação possa acontecer, no bojo de outras ações combinadas.

A articulação intersectorial precisa do estabelecimento de espaços dialógicos e compartilhados para: análise dos problemas comuns, recursos e procedimentos que podem ser usados de forma sinérgica; planejamento de ações conjuntas e paralelas; definição de responsabilidades; tomada de decisões partilhadas e coesas; estabelecimento de um cuidado colaborativo; mudança nos processos de organização do trabalho em função das necessidades existentes. Esta articulação tem inclusive a capacidade e possibilidade de avaliar e reorientar as ações dos setores envolvidos, sem que se percam as características específicas de cada um deles (Bellini e cols., 2023; Prado e cols., 2022; Machado, 2010; Silva e cols., 2014).

Apesar disso, esta pesquisa indicou que as ações de encaminhamento e orientações, muitas vezes ocasionais, são formas de articulação muito mais frequentes do que reuniões conjuntas e periódicas, nas quais o espaço dialógico permitiria mais o aprendizado e a troca de saberes e experiências, potencializando o cuidado, permitindo a construção de respostas mais alinhadas e integradas e a avaliação das ações. Dessa forma, mesmo a articulação da rede básica de Saúde do estado de São Paulo com a rede de Assistência Social e com a rede de Educação - que são os setores mais predominantemente referidos como objetos de trocas intersectoriais - pode ainda ser considerada frágil e precária, pois ainda está baseada em contatos pontuais, aleatórios e baseados na disposição e interesse de cada profissional.

Pode-se ainda dizer que o cuidado psicossocial fica bastante prejudicado em sua abrangência e alcance, uma vez que articulações intersectoriais com setores como esporte, cultura, além de articulações com grupos de autoajuda e geração de renda, assim como os comunitários e do território são bem pouco referidos pela rede de Atenção Básica à Saúde. Essas composições são aqui consideradas como altamente potentes para o enriquecimento psíquico e cognitivo e para o fortalecimento de vínculos sociais, que, por sua vez, tem papel importante na diminuição de várias situações de sofrimento mental.

Podemos perceber ainda que a presença de profissionais de saúde mental na rede básica e a participação da unidade em reuniões da Rede de Atenção Psicossocial se mostraram associadas a uma maior variedade de articulações com diferentes equipamentos e organizações. Isso indica o quanto é importante um olhar específico de saúde mental dentro da rede básica, contribuindo para a familiarização com as situações de sofrimento mental e com o cuidado de natureza psicossocial, além da relevância do diálogo em rede, que contribui para o conhecimento e uso profícuo dos recursos do território e o estabelecimento de linhas de cuidado intersectoriais para situações específicas.

Faz-se necessário, por fim, fortalecer o olhar da gestão estadual, regional e municipal sobre a potência e as possibilidades da intersectorialidade em saúde mental, de forma que essas viabilizem reuniões e encontros intersectoriais para o exame e o reconhecimento de problemas comuns e para a formulação e planejamento conjunto de políticas e ações pertinentes. Com isso, a gestão facilitaria as trocas entre os diferentes setores, serviços. e equipamentos.

Referências Bibliográficas

- Akerman, Marco., Sá, Ronice F. de., Moyses, Simone., Rezende, Regiane., Rocha, Dais. (2014). Intersetorialidade? Intersetorialidade! *Ciência & Saúde Coletiva*, 19 (11), 4291-4300.
- Amaral, Fátima Rafaela S., & Carvalho, Rafael Nicolau. (2020). A contribuição de práticas intersetoriais no campo da saúde mental. Em Almeida, Flávio Aparecido. (Org). *Políticas públicas, educação e diversidade: uma compreensão científica do real*. Guarujá/São Paulo: Editora Científica Digital.
- Bellini, M.I.B., Faler, C. S., Scherer, P.T., Jesus, T.B., Arsego, L. R., Vieira, A. L. M. Políticas públicas e intersetorialidade em debate. Acessado em 19 de outubro de 2023, de: https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/8133/2/evento_003%20-%20Maria%20Isabel%20Barros%20Bellini.pdf
- Barboza, Renato., Pupo, Ligia R. & Pirotta, Kátia Cibelle M. (2014). Orientação Sexual na Escola: uma análise da sustentabilidade de políticas intersetoriais de Educação e Saúde no município de São Paulo. *Revista Gestão & Políticas Públicas*, 4 (2), 282-302.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. (2002). *As cartas da promoção da saúde*. Brasília: DF. Acessado em 01 de novembro de 2023 de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf.
- Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2009). Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS. Brasília. Acessado em 01 de novembro de 2023 de: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/orientacoes_Cras.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2010a). *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2010b). Conselho Nacional de Saúde. IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Ementas dos Eixos e Subeixos elaboradas pela Comissão Organizadora.
- Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2011). Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS. Brasília. Acessado em 01 de novembro de 2023 de: <https://aplicacoes.mds.gov.br/snas/documentos/04-caderno-creas-final-dez..pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2012). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
- Carmo, Michelly Eustáquia & Guizardi, Francini L. (2018). O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(3), 1-14. Acessado em 01 de novembro de 2023 de: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ywYD8gCqRGg6RrNmsYn8WHv/?format=pdf&lang=pt>

- Dias, Maria Socorro A., Parente, José Reginaldo F., Vasconcelos, Maristela Inês O., & Dias, Fernando Antônio C. (2014). Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver? *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(11),4371-4382.
- Lima, Déborah Karollyne R. R., Guimarães J. (2019). Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 29 (3), 1-20.
- Machado, Lourdes A. Construindo a intersectorialidade. (2010). Acessado em 19 de outubro de 2023, de: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/conferencias-e-encontros/conferencia-estadual-de-saude-mental/textos/3153-construindo-a-intersectorialidade/file>
- Mendonça, Edna M., & Lanza, Fernanda. M. (2021). Conceito de Saúde e Intersetorialidade: Implicações no Cotidiano da Atenção Primária à Saúde. *Revista Psicologia e Saúde*, 13 (2), 155-164
- Mangini, Fernanda N. R., Kocourek, Sheila., Morsch, Caroline. (2019). A construção de uma rede intersectorial de cuidados em saúde mental. *Emancipação*, 19 (2), 1-14.
- Pereira, Sofia Laurentino B. (2019). A intersectorialidade na política de saúde mental: uma análise a partir do projeto “rede, instituições e articulações” de Teresina-PI. Em *IX Jornada Internacional de Políticas Públicas*. São Luís/Maranhão. Brasil: Universidade Federal do Maranhão.
- Prado, Níliá Maria B.L., Aquino, Rosana, Hartz, Zulmira Maria de Araújo., Santos, Hebert Luan P. C dos., Medina, Maria Guadalupe. (2022). Revisitando definições e naturezas da intersectorialidade: um ensaio teórico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(2), 593-602.
- Prisco, Thiago. (2012). Assistência social: A política pública (inter)sectorial. *Revista Gestão & Políticas Públicas*, 2(1), 134-149.
- Pupo, Lígia R., Rosa, Tereza E.C., Sala, Arnaldo., Feffermann, Marisa., Alves, Maria Cecília. G. P., Morais, Maria L. S. e. (2020). Saúde mental na Atenção Básica: identificação e organização do cuidado no estado de São Paulo. *Saúde em Debate*, 44 (3), 107-127.
- Resolução CNAS n. 33 (2012, 12 de dezembro). Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social - NOB/SUAS. Brasília: Presidência da República.
- Romagnoli, Roberta C., Amorim, Ana Karenina M.A., Severo, Ana Kalliny S., Nobre, Maria Teresa. (2017). Intersetorialidade em saúde mental: tensões e desafios em cidades do sudeste e nordeste brasileiro. *Revista Subjetividades*, 17 (3),157-168.
- Sampaio, Mariá L., & Bispo Júnior, José Patrício. (2021). Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(3), 1-16.
- Semzezem, Priscila & Alves, Jolinda M. (2013). Vulnerabilidade social, abordagem territorial e proteção na política de assistência social. *Serviço Social em Revista*, 16 (1), 143-166. Acessado em 01 de novembro de 2023 de: <file:///C:/Users/ligia.pupo/Downloads/scordeiro,+Gerente+da+revista,+8+Jolinda+ok.pdf>
- Silva, Leandro R., Souza Kátia Gerlânia S. de., Oliveira, Tatiany F., Cavalcanti Patrícia B. (2014). Políticas de Saúde Mental: a relevância da estratégia da intersectorialidade no contexto nacional. Acessado em 19 de outubro de 2023, de: <https://editora.pucrs.br/anais/sipinf/edicoes/I/23.pdf>



Soares, Daniely A. M., Martins, Alberto MESAQUE. (2017). Intersetorialidade e interdisciplinaridade na atenção primária: conceito e sua aplicabilidade no cuidado em saúde mental. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 41 (2), 508-523.

Recebido em 26/11/2022.
Revisado em 15/03/2023.
Aceito 01/04/2023.