

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO
DA VIOLÊNCIA

LEONARDO BARBOSA DE OLIVEIRA

O USO DE INDICADORES NA AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE APOIO
MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL: O PAPEL DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÕES
EM SAÚDE

Belo Horizonte

2025

LEONARDO BARBOSA DE OLIVEIRA

**O USO DE INDICADORES NA AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE APOIO
MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL: O PAPEL DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÕES
EM SAÚDE**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.

Orientador: Prof. Dr. Helian Nunes de Oliveira

Belo Horizonte

2025

Oliveira, Leonardo Barbosa de.
OL48u O uso de indicadores na avaliação da estratégia de apoio matricial em saúde mental [recurso eletrônico]: o papel dos Sistemas de Informação em Saúde. / Leonardo Barbosa de Oliveira. - - Belo Horizonte: 2025.
183f.: il.
Formato: PDF.
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Helian Nunes de Oliveira.
Área de concentração: Saúde Pública.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais,
Faculdade de Medicina.

1. Colaboração Intersetorial. 2. Saúde Mental. 3. Avaliação em Saúde. 4. Sistemas de Informação em Saúde. 5. Dissertação Acadêmica. I. Oliveira, Helian Nunes de. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: HM 716

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA - CENTRO DE PÓS GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP
ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Às **quatorze** horas do dia vinte e nove de janeiro de dois mil e vinte cinco, modo online, plataforma Lifesize- da Faculdade de Medicina UFMG, realizou-se a sessão pública para a defesa de dissertação de **LEONARDO BARBOSA DE OLIVEIRA**, número de registro **2022687862**, graduado no curso de MEDICINA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em **PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA**. A Presidência da sessão coube ao Prof. Helian Nunes de Oliveira - Orientador (UFMG). Inicialmente o Presidente após dar conhecimento aos presentes sobre o teor das Normas Regulamentares do trabalho final de Pós-Graduação, fez a apresentação da Comissão Examinadora, assim, constituída pelos Professores: Prof.ª Andrea Maria Silveira (UFMG) e Prof.ª Ana Paula Souto Melo (UFSJ). Em seguida o Presidente autorizou o aluno a iniciar a apresentação de seu trabalho final intitulado: "**O USO DE INDICADORES NA AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL: O PAPEL DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE**". Seguiu-se a arguição pelos examinadores e logo após, a Comissão reuniu-se, sem a presença do candidato e do público e decidiu considerar a defesa de dissertação APROVADA. O resultado final foi comunicado publicamente ao aluno pelo Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o Presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ata que, após lida, será assinada eletronicamente por todos os membros da Comissão Examinadora presente através do SEI (Sistema Eletrônico de Informações) do Governo Federal.

Belo Horizonte, 29 de janeiro de 2025.



Documento assinado eletronicamente por **Helian Nunes de Oliveira, Professor do Magistério Superior**, em 03/02/2025, às 10:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Paula Souto Melo, Usuário Externo**, em 04/02/2025, às 18:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Andrea Maria Silveira, Professor(a)**, em 14/02/2025, às 15:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **3913224** e o código CRC **F9A5EC7D**.

RESUMO

INTRODUÇÃO - Os transtornos mentais são responsáveis por grande carga de doença e incapacidade no mundo. A alta prevalência de pessoas com transtornos mentais em contraponto à escassez de provisão de cuidados é um problema de saúde pública e um desafio para os sistemas de saúde em todo mundo. Serviços especializados em saúde mental (SM), isoladamente, não garantem a integralidade da assistência, o que indica a necessidade de uma rede de saúde composta por um conjunto diversificado de serviços que inclua a atenção primária à saúde (APS). A APS é estratégica para o manejo de pessoas em sofrimento mental, desde que contando com suporte adequado de especialistas em dispositivos de integração. No Brasil, a estratégia oficial de integração de cuidados em SM na APS é o apoio matricial (AM), instituído a partir da criação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), em 2007. A implementação do AM enfrenta dificuldades e ocorre com heterogeneidade no país. Sua avaliação é tímida, sendo composta essencialmente por estudos qualitativos de abrangência regional pouco generalizáveis. Buscando avançar nesse debate, nossa pesquisa investigou a possibilidade de utilização de dados secundários disponíveis no Sistema Nacional de Informações em Saúde (SNIS) para composição de indicadores úteis na avaliação do AM em SM. **METODOLOGIA** – Revisão narrativa de estudos publicados nos últimos 10 anos que se propuseram a avaliar o AM, especialmente os de metodologia quantitativa; estudo exploratório para identificação de dados do SNIS que possam ser usados para criação de indicadores de avaliação do AM; análise descritiva e inferencial, através de regressão em painel, dos dados concernentes às 27 Regiões de Saúde que incluem as capitais de estado ao longo de uma série temporal nos últimos 10 anos. **RESULTADOS** – A maioria dos estudos sobre avaliação em SM no Brasil é de natureza qualitativa e focada nos CAPS. O AM é geralmente visto como positivo, mas há dificuldades em sua implementação e a prática muitas vezes se resume à gestão de fluxo e agenda. Alguns estudos quantitativos mostram correlação positiva entre a realização de ações clínicas compartilhadas entre NASF e demais equipes da APS com uma melhor assistência em SM, sendo a oferta de atividades em grupo um indicador sensível para essa avaliação. Por outro lado, evidencia-se escassez de outros indicadores objetivos para avaliar o AM. Identificaram-se dados no SISAB e SIA-SUS que permitiram a proposição de indicadores de estrutura, processo e resultados do AM. A análise descritiva desses dados revela um aumento na cobertura da APS e do NASF ao longo do tempo, bem como um aumento na produção de ações em SM pelo NASF, mas com grande variabilidade entre as regiões e negativamente impactada após 2020. A análise inferencial confirmou a correlação entre esses indicadores, especialmente nas relações entre a produção de atendimentos individuais e coletivos para usuários da saúde mental e de ações de discussão de caso e educação permanente em saúde, pelo NASF, e a produção das equipes de Saúde da Família. Apesar das limitações do estudo, especialmente a utilização de dados secundários agregados e a ausência de indicadores de desfecho relacionados aos usuários, destaca-se a necessidade de aprofundar a pesquisa sobre o AM e de construir indicadores mais robustos que reflitam a complexidade da prática. Sublinha-se também a importância da articulação de diferentes métodos de pesquisa, com participação dos atores locais, para qualificar a avaliação da assistência em SM no Brasil.

Palavras-chave: apoio matricial; matriciamento; saúde mental; avaliação em saúde; sistema de informações em saúde

ABSTRACT

Title: The Use of Indicators in the Evaluation of the Matrix Support Strategy in Mental Health: The Health Information Systems Role

Introduction - Mental disorders have a high prevalence and are responsible for a significant burden of disease and disability worldwide. The high prevalence of mental disorders versus the lack of provision for these patients is a public health issue and a challenge for health systems globally. Specialized mental health (MH) services alone do not ensure comprehensive care, indicating the need for a health network that includes primary health care (PHC). PHC is strategic for managing people with mental distress, provided it has adequate specialist support for integration. In Brazil, the official strategy for integrating MH into PHC is matrix support (MS), operationalized from the creation of Family Health Support Centers (NASF) in 2007. Implementing MS faces difficulties and varies widely across the country. Additionally, evaluation of MS is timid, primarily consisting of regional qualitative studies with limited generalizability. To advance this debate, our research investigated the use of secondary data from the National Health Information System (SNIS) to create useful indicators for evaluating MS in MH and analyzed these indicators' behavior over time in the 27 Health Regions (HRs) including each state capital. **Methodology** - A narrative review of studies published in the last 10 years evaluating MS, especially those using quantitative methods; exploratory study to identify SNIS data for creating MS evaluation indicators; descriptive and inferential analysis, through panel regression, of data concerning the 27 HRs. **Results** - Our review confirmed that most studies on MH evaluation in Brazil are qualitative and focused on CAPS. Research indicates MS is generally seen as positive but faces implementation difficulties and often focuses on flow and agenda management. Quantitative studies show a positive correlation between the presence of NASF and shared clinical actions with better MH care, with group activities being a sensitive indicator for this evaluation. Beyond these studies, there is a clear lack of objective indicators to evaluate MS. Research in SNIS identified data in SISAB and SIA-SUS allowing the proposal of structure, process, and outcome indicators for MS. Descriptive analysis shows an increase in PHC and NASF coverage over time, as well as an increase in NASF's MH actions, albeit with significant regional variability and a negative impact after 2020. Inferential analysis confirmed correlations between these indicators, especially between individual care production, group activities with MH users, case discussion, and continuing education actions by NASF, and their effect on Family Health teams' production. **Conclusion** - Despite study limitations, such as the use of aggregated secondary data and the absence of user-related outcome indicators, the need for further research on MS and more robust indicators reflecting practice complexity is emphasized. The importance of combining qualitative and quantitative research methods and local actors' participation is highlighted to improve the evaluation of MH care in Brazil.

Key words: matrix support; mental health; health evaluation; health information system

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

A4G	Avaliação de quarta geração
AB	Atenção Básica
AM	Apoio Matricial
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CID	Classificação Internacional de Doenças, da OMS
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
eAB	Equipe de Atenção Básica
eAM	Equipe de Apoio Matricial
eMulti	Equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
eSF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDSUS	Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
LSM	Lacunas em saúde mental
mhGAP	Mental Health Gap, ou, em tradução livre, Lacunas em Saúde Mental
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAAS-Psi	Registro de Ações Ambulatoriais em Saúde – Psicossocial

RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Região de Atenção em Saúde
RS	Regiões de Saúde
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde
SIS	Sistema de Informações em Saúde
SNIS	Sistema Nacional de Informações em Saúde
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
TM	Transtorno mental
TMC	Transtorno mental comum
TMG	Transtorno mental grave
TMUS	Transtorno mental ou decorrente do uso de substâncias psicoativas
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
1.1. <i>A APS como local estratégico para enfrentamento das Lacunas em Saúde Mental.....</i>	<i>11</i>
1.2. <i>A integração entre a APS e cuidados especializados em saúde mental.....</i>	<i>12</i>
1.3. <i>A integração entre saúde mental e APS no Brasil: o Apoio Matricial.....</i>	<i>15</i>
2. AVALIAÇÃO EM SAÚDE MENTAL	25
2.1. <i>A avaliação do apoio matricial em saúde mental</i>	<i>32</i>
2.2. <i>O uso de Sistemas de Informação para Avaliação em Saúde</i>	<i>37</i>
2. JUSTIFICATIVA	41
3. OBJETIVO.....	42
3.1. <i>Objetivo geral.....</i>	<i>42</i>
3.2. <i>Objetivos específicos</i>	<i>42</i>
4. METODOLOGIA.....	43
4.1. <i>Revisão da literatura</i>	<i>43</i>
4.2. <i>Levantamento exploratório.....</i>	<i>46</i>
4.3. <i>Análise estatística descritiva e inferencial</i>	<i>51</i>
4.4. <i>Aspectos éticos.....</i>	<i>52</i>
5. RESULTADOS	53
5.1. <i>Revisão de literatura</i>	<i>53</i>
5.1.1. <i>Estudos sobre o Apoio matricial em Saúde Mental.....</i>	<i>53</i>
5.1.2. <i>Estudos sobre o NASF.....</i>	<i>61</i>
5.1.3. <i>Estudos sobre processos avaliativos com campo da saúde mental.....</i>	<i>63</i>
5.2. <i>Levantamento de indicadores no SNIS.....</i>	<i>68</i>
5.2.1. <i>Revisão da literatura</i>	<i>68</i>
5.2.1. <i>Levantamento no SNIS.....</i>	<i>74</i>
5.3. <i>Extração de dados</i>	<i>85</i>
5.3.1. <i>Análise descritiva dos dados dos potenciais indicadores</i>	<i>85</i>
5.3.2. <i>Análise inferencial</i>	<i>105</i>
6. DISCUSSÃO	115
7. CONCLUSÃO.....	132
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	136
APÊNDICE A - TABELAS E GRÁFICOS COM DADOS EXTRAÍDOS DAS 27 RS, NO PERÍODO DE 2014 A 2023, PARA OS INDICADORES SELECIONADOS	150
APÊNDICE B - FICHAS DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL, DE VISITA DOMICILIAR E DE ATIVIDADES COLETIVAS DO APLICATIVO CONJUNTO MÍNIMO DE DADOS (CMD), DO E-SUS APS.....	179

1. INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais e decorrentes do uso de substâncias psicoativas (TMUS) têm elevada prevalência e são responsáveis por uma grande carga de doença e incapacidade no mundo. Estima-se que os transtornos mentais (TM) são responsáveis por 30% da carga de doenças não fatais e por 10% da carga total de doenças no mundo (GBD, 2022). Além disso, é sabido que indivíduos com TM estão sujeitos a disparidades na assistência à saúde - pessoas com depressão ou esquizofrenia têm uma probabilidade 40 a 60% maior de morte prematura quando comparadas a pessoas sem transtorno mental, dentre outros fatores, devido insuficiência de detecção e assistência a condições clínicas crônicas prevalentes, como hipertensão, diabetes ou doenças infectoparasitárias. Igualmente, pessoas portadoras de sofrimento mental estão mais sujeitas a morrer por suicídio, sendo essa a segunda maior causa de morte entre jovens em tais condições (WHO, 2013). Desta forma, pessoas portadoras de TM têm a expectativa de vida reduzida em 10 a até 30 anos em relação à população geral (Cook *et al.*, 2015). Os dados de incapacidade e morbidade mostram consistente aumento nas últimas décadas (55% desde 1990), sendo esperada manutenção da curva ascendente devido ao incremento populacional (GBD, 2022).

A alta prevalência de pessoas com TMUS em contraponto à escassez de provisão de cuidados de qualidade a esses usuários é um problema de saúde pública, cujo endereçamento se constitui como um dos grandes desafios para os sistemas de saúde em todo mundo. A Organização Mundial de Saúde (OMS) identifica que somente 1% da força de trabalho em saúde no mundo oferece cuidados em saúde mental, ao passo que 10% de toda a população possui algum TMUS (WHO, 2019). Avaliações apontam que a taxa média de falta de tratamento é de 32,2% para a esquizofrenia, de 56,3% para a depressão, de 56,0% para a distímia, de 50,2% para os transtornos bipolares, de 55,9% para o transtorno de pânico, de 57,5% para a ansiedade generalizada, de 57,3% para o transtorno obsessivo-compulsivo e de 78,1% para abuso e dependência de álcool. Tal realidade se estende a países de diferentes níveis de recursos, inclusive países desenvolvidos, mas afeta sobretudo países em estágio baixo ou médio de desenvolvimento, como o Brasil (WHO; WONCA, 2008; Wenceslau, Ortega, 2015). Estudos com amostras brasileiras corroboram os dados de morbidade citados - compondo o grupo dos países com maior carga de doença e morbidade por transtornos mentais - e indicam que até dois terços da população afetada por estes transtornos não recebe qualquer tratamento (Saraiva, Zepeda, Liria, 2020).

Entre os fatores contributivos para o estabelecimento deste cenário destacam-se o estigma em relação ao sofrimento mental, que desestimula o usuário a buscar assistência, especialmente em serviços especializados; a baixa integração das redes primárias e especializadas de saúde, que impede o adequado fluxo de usuários pela rede de assistência, em conformidade com suas necessidades; e a falta de profissionais especializados e qualificados para o manejo de casos de sofrimento mental (Neves, Dantas, 2019; Treichel, Onocko Campos, Campos, 2019). Em consequência, há uma baixa capacidade de detecção e de provimento de cuidados adequados em saúde mental nos níveis primários de atenção, sobrecarga dos serviços especializados e dificuldades e iniquidades de acesso aos mesmos em tempo oportuno (Fagundes, Campos, Fortes, 2021; Treichel, Onocko Campos, Campos, 2019).

Tal disparidade entre a demanda de cuidados em saúde mental e a oferta de assistência tem sido nomeada como Lacunas em Saúde Mental (LSM) (Mental Health Gap, no original em inglês), sendo que em 2008 a OMS lançou o Programa de Ação para reduzir as Lacunas em Saúde Mental - mhGAP. Esse documento sintetiza o consenso de que os serviços especializados em saúde mental, isoladamente, não garantirão a integralidade da assistência em saúde mental, argumentando em prol de uma rede de saúde composta por um conjunto diversificado de serviços e recursos de base comunitária e que inclua, impreterivelmente, a atenção primária à saúde (APS) (WHO, 2019). São pelo menos três os eixos estruturantes mais solidamente definidos para a redução das LSM: 1) a integração de cuidados especializados em saúde mental aos serviços e redes de saúde mais disponíveis, o que, geralmente, coincide com a APS; 2) o compartilhamento ou mesmo transferência de ações para profissionais não especializados, o que inclui não somente equipes de saúde generalistas (em consonância com o primeiro eixo) mas também profissionais fora do setor saúde, trabalhadores diversos que prestem suporte a pares, líderes e agentes comunitários, etc.; 3) incorporação de tecnologias de comunicação que permitam a escalada de ações de rastreio, diagnóstico ou mesmo intervenção terapêutica em comunidades não assistidas por especialistas (Rebello *et al.*, 2014). O mhGAP incorpora um instrumento técnico desenvolvido juntamente para capacitar profissionais e equipes não especializadas a desenvolverem ações de cuidado em saúde mental.

Fica claro que as três estratégias são complementares e dependem de uma instância coordenadora de cuidado, o que sublinha a relevância da APS na redução das LSM. Desta forma, além da OMS, diversos governos, agências e órgãos regulatórios ao redor do mundo vem fomentando a implementação de dispositivos de integração de rede que visem possibilitar e potencializar a participação conjunta entre profissionais de APS e especialistas no provimento

de cuidados em saúde mental como estratégia prioritária no enfrentamento das LSM (WHO, 2019; WHO, 2021).

1.1. A APS como local estratégico para enfrentamento das Lacunas em Saúde Mental

É reconhecida a necessidade de se aumentar o número de serviços e profissionais especializados em saúde mental. Contudo, mesmo em países de alta renda apenas uma pequena parte de pessoas portadoras de transtorno ou sofrimento mental são assistidas por especialistas (Patel *et al.*, 2013), o que revela a importância do envolvimento de não especialistas no provimento de cuidados em saúde mental para o fechamento das lacunas de assistência. Neste cenário, a APS emerge enquanto um local estratégico para este objetivo. Os serviços de atenção primária são, geralmente, os mais disponíveis, pois mesmo países com sérias dificuldades econômicas ou locais muito remotos contam com alguma infraestrutura de atenção primária. São também os mais acessíveis e aceitos pelas comunidades, uma vez que estão próximos ao local de residência do usuário, contam com profissionais e usuários reconhecidos no território, tendem a ser mais sensíveis à cultura local e têm um perfil mais generalista, sendo esses fatores identificados como elementos importantes para a redução do estigma, uma das barreiras de acesso a cuidados em saúde mental. Além disso, o acesso a tratamentos próximo ao local de moradia garante a manutenção de vínculos familiares, de trabalho e de suporte social que podem ser importantes fontes de recuperação. Destaca-se ainda a possibilidade de tratamento integrado e centrado no paciente, em que problemas físicos, mentais e psicossomáticos são abordados em conjunto pelos profissionais, o que está relacionado a um uso mais racional de recursos, a maior resolutividade e menor ocorrência de danos decorrentes de intervenções desnecessárias (Pupo *et al.*, 2020; Rebello *et al.*, 2014).

Alguns dos princípios básicos de funcionamento da APS, como acolhimento, longitudinalidade e integralidade, formam um conjunto de atributos ideal para o acompanhamento de condições crônicas, o que inclui os TMUS, o que reforça a tese de que a atenção primária é um local estratégico para a abordagem das diferentes formas de sofrimento psíquico (Wenceslau, Ortega, 2015; WHO, WONCA, 2008). A adscrição de clientela relativamente fixa e com contatos regulares, do nascimento até a morte; o caráter responsivo, de escuta às demandas de saúde da população adscrita e dos usuários, sem distinções entre natureza emocional ou física ou separação por sistemas, órgãos, grupos de doença ou grupos populacionais; e a atuação no território oferecem oportunidade única para a promoção de saúde

mental, para a realização de diagnósticos situacionais mais precisos, para o cuidado integral centrado na pessoa e nas famílias, para a integração com instituições e organizações sociais da comunidade e para a prevenção e detecção precoce dos transtornos mentais (Gryschek, Pinto, 2015; Neves, Dantas, 2019; Pupo *et al.*, 2020; Wenceslau, Ortega, 2015).

Desta forma, espera-se que os serviços de APS sejam capazes de: a) desenvolver ações de promoção de saúde mental e prevenção em saúde mental; b) oferecer acesso inicial aos sistemas e redes de saúde, para todos os casos de adoecimento psíquico ou sofrimento emocional; c) detectar precocemente casos de adoecimento mental d) oferecer tratamento integral para os Transtornos Mentais Comuns (TMC), inclusive os relacionados ao uso de substâncias psicoativas; e) realizar o acompanhamento longitudinal de pacientes que se encontrem estabilizados; f) realizar a gestão e manejo dos pacientes adscritos que portem Transtornos Mentais Graves (TMG), em conjunto com serviços especializados, bem como a atenção integral e longitudinal à saúde destes usuários, especialmente na identificação e tratamento de doenças crônicas comuns e potencialmente negligenciáveis nesta população; g) identificar os recursos comunitários que possam ser utilizados na composição de tratamentos e projetos terapêuticos para a população adscrita; e h) acionar de forma adequada e racional os níveis especializados de atenção psicossocial, quando necessário (Pupo *et al.*, 2020; Wenceslau, Ortega, 2015; WHO, WONCA, 2008). Estudos apontam que a AB pode ser capaz de manejar até 80% dos casos de sofrimento mental, especialmente aquelas com sofrimento comum, como transtornos depressivos, ansiosos e somatoformes e problemas relacionados ao consumo de substâncias, desde que contem com suporte adequado de especialistas em dispositivos de integração, além de coordenarem o fluxo de assistência em outros níveis na rede de saúde de forma mais racional (Starfield, 2004).

1.2. A integração entre a APS e cuidados especializados em saúde mental

Estratégias de integração e colaboração que permitam que os limitados recursos especializados possam aumentar seu campo de atuação e escalar suas práticas e intervenções através da ação das equipes de APS são identificadas como o elemento mais importante para a redução das LSM. Contudo, elas não são de fácil implementação e há condicionantes para que possam ser exitosas e atinjam tais níveis de resolutividade, entre os quais citam-se: a) um sistema de atenção primária previamente estabelecido e eficiente, capaz de oferecer alguns cuidados em saúde mental, como o acesso a medicamentos psicotrópicos e outras intervenções

(psicoterapia, por exemplo) baseadas em evidências; b) a existência de retaguarda especializada, tanto para treinamento inicial, suporte e supervisão contínuos às equipes não especializadas, quanto para a assistência direta a casos mais graves e complexos, incluindo a oferta de cuidado semi-intensivo ou intensivo, leitos dia e de permanência integral em centros especializados; c) uma convergência de vários setores do serviço público (ou privado, quando for o caso), como saúde, serviço social, educação primária e profissional; d) a criação de legislação e políticas específicas e apoiadas por lideranças políticas dos vários setores envolvidos; e) estratégias de gestão e implementação que considerem as particularidades locais da rede de serviços previamente estabelecida e da população atendida (Patel *et al.*, 2013; Wenceslau, Ortega, 2015; WONCA, 2008).

Mesmo quando todas essas condições são atendidas, surgem desafios a serem enfrentados, como o risco de aumento da sobrecarga aos serviços de APS, o que pode inviabilizar o compartilhamento de ações; e o potencial de que algumas formas de adoecimento acabem negligenciadas, como psicose crônica, transtornos mentais infantis e do neurodesenvolvimento (como autismo e deficiência intelectual), e transtornos neuropsiquiátricos (como demência) (Wenceslau, Ortega, 2015). Igualmente, conforme assinala Menezes *et al.* (2019), outro risco desse processo é a expansão indiscriminada de intervenções biomédicas padronizadas e descontextualizadas social e culturalmente, o que pode ocorrer, especialmente, em sistemas cuja APS esteja sobrecarregada. Tais desafios parecem maiores em países de baixa e média renda, como o Brasil, onde as estratégias de integração da saúde mental com a atenção primária não contam com evidência científica robusta de efetividade (Rebello *et al.*, 2014; Sepag, Rush, Ferris, 2015; Wenceslau, Ortega, 2015).

De fato, a maioria dos estudos que apontam que a integração de cuidados em saúde mental na APS é efetiva advém de países de alta renda, como Canadá, Estados Unidos, Austrália e Inglaterra. Nesses, fica demonstrado que tais estratégias de integração são particularmente efetivas para o tratamento de condições comuns, como depressão e ansiedade; para a melhora de desfechos clínicos em pacientes que portem comorbidades físicas/clínicas com doenças mentais, como câncer e diabetes; e para aumentar o acesso aos serviços de saúde mental (Holmes, Chang, 2022; Rebello *et al.*, 2014). Deve-se ponderar tais resultados ao fato de que, nestes países, as estratégias de integração e colaboração (e as pesquisas de avaliação delas) costumam ser orientados para objetivos mais restritos, com a construção de modelos e protocolos para a assistência a doenças ou populações específicas, o que se relaciona com a cultura de organização e assistência em saúde desses locais. Entretanto, é fato que alguns

estudos também demonstram custo-efetividade de estratégias de integração mais amplas e em países de baixa e média renda, ainda que de forma menos consistente, havendo, então, uma diversidade de modelos em pesquisa, implantação, execução e avaliação no mundo (Saraiva *et al.*, 2020; Saraiva, Zepeda, Liria, 2020; Rebello *et al.*, 2014; WHO, WONCA, 2008).

Assim, treinamentos rotineiros de profissionais da atenção básica, com foco em mudanças individuais de sua prática, podem ser úteis para modificações pontuais de comportamento (por exemplo, redução do estigma associado aos portadores de sofrimento mental) mas parecem pouco efetivas para promover mudanças relevantes nos serviços em relação a desfechos como detecção de casos, instituição de tratamentos efetivos ou uso mais racional de serviços especializados. A mera introdução de profissionais de saúde mental na atenção primária, sem uma estratégia clara de colaboração, além de não trazer benefícios econômicos, igualmente não parece trazer impacto na melhoria do cuidado e pode reforçar a fragmentação do modelo de encaminhamento e referência/contrarreferência. A consultoria de ligação, modalidade em que profissionais especialistas provêm suporte educacional e consultoria a outros profissionais, parece ter efeitos limitados à prescrição de medicamentos e à definição de encaminhamentos à rede especializada (Gryschek, Pinto, 2015; Saraiva, Zepeda, Liria, 2020).

Portanto, estratégias de integração com foco em colaboração e em gestão compartilhada do trabalho e do cuidado parecem mais efetivas do que as acima citadas (Gryschek, Pinto, 2015; Saraiva, Zepeda, Liria, 2020). Embora apresentem diferenças significativas, de acordo com o contexto social, cultural, político, geográfico e econômico em que são implementadas, têm o vetor comum de, através de arranjos organizacionais entre serviços, profissionais e processos de trabalho e gestão, buscarem: 1) graus variáveis de inserção de profissionais especializados em saúde mental junto às ações rotineiras da atenção primária à saúde, com oferta de suporte e assistência complementar em saúde mental; e 2) a criação de mecanismos e instrumentos que possibilitem algum grau de comunicação, vinculação e colaboração entre os profissionais especialistas e generalistas, num arranjo interdisciplinar, visando o desenvolvimento de intervenções estruturadas e sistemáticas junto aos usuários e melhorar a coordenação e a qualidade do cuidado prestado na APS (Treichel, Onocko Campos, Campos, 2019). Nos países de alta renda, de onde advém a maior parte dos estudos sobre o tema, é comum a adoção de protocolos estruturados para doenças ou populações específicas, que ordenam o fluxo de usuários e a coordenação entre os diferentes profissionais envolvidos (Silva *et al.*, 2022). Tais estratégias têm sido diferentemente nomeadas de acordo com o local em que se desenvolvem -

práticas integrativas ou de integração, ou cuidados integrados (*integrative care*); trabalho ou cuidado colaborativo (*collaborative care*); trabalho ou cuidado compartilhado (*shared care*) (Saraiva, Zepeda, Liria, 2020; Treichel, Onocko Campos, Campos, 2019).

1.3. A integração entre saúde mental e APS no Brasil: o Apoio Matricial

No Brasil, a estratégia oficial de integração de cuidados em saúde mental na APS é o apoio matricial (AM). Definido por Campos (1999), o AM é ao mesmo tempo um arranjo organizacional e uma metodologia de trabalho que visa romper com a lógica verticalizada e fragmentada de integração entre os níveis de atenção, baseada em encaminhamentos e referência/contrarreferência, com instrumentos muitas vezes ausentes ou precários de comunicação, sem definição de critérios e prioridades, nem para o encaminhamento nem para a devolução ou retenção dos pacientes, e sem compartilhamento de responsabilidades. Trata-se de metodologia e arranjo que pode ser utilizado para o trabalho compartilhado entre equipes de atenção primária e de atenção especializada de qualquer área, mas que atingiu seu maior desenvolvimento justamente no campo da saúde mental (Treichel, Onocko Campos, Campos, 2019).

No AM, pressupõe-se uma equipe de referência - as equipes de Saúde da Família ou de Atenção Básica (eSF/eAB), e uma ou mais equipes especializadas de Apoio Matricial (eAM), que trabalharão de forma próxima, dialógica e com relações horizontalizadas. Nesse arranjo, além do uso de ferramentas de comunicação dinâmicas e instantâneas para situações mais urgentes, há um espaço protegido de encontros entre as equipes, que deve ser garantido pelos trabalhadores e pela gestão. Neles, os casos com necessidades de apoio especializado são discutidos e as decisões com relação ao seu tratamento são tomadas de forma colegiada, com definição compartilhada de prioridades e atribuição de responsabilidades entre todos os membros de ambas as equipes, conforme a necessidade de cada caso e priorizando-se a manutenção do vínculo e do seguimento com a eSF. Nesses espaços também devem ser discutidos maneiras e instrumentos de regulação do fluxo dos usuários e de coordenação do trabalho. Além disso, incentiva-se a ação clínica compartilhada, através de realização de consultas a usuários e familiares ou de visitas domiciliares de forma conjunta, com profissionais da eSF e da eAM. Dessa forma, prevê-se uma lógica de cuidado fundada na longitudinalidade (garantida pelo seguimento com as eSF), na transdisciplinaridade, na cogestão e na corresponsabilização, e da qual emerge, ainda, uma dimensão técnico-pedagógica, uma vez que

a participação contínua da eSF nesse trabalho acaba por instrumentalizá-la, progressivamente, para o manejo de pessoas com sofrimento mental (Campos, Domitti, 2007; Chiaverini, 2011; Fagundes, Campos, Fortes, 2021).

Conforme assinalam Treichel, Onocko Campos e Campos (2019), “a proposta de apoio matricial brasileira vai além e incorpora ainda o compromisso com a construção de relações democráticas a partir da cogestão e da construção compartilhada do cuidado”. De fato, o apoio matricial se desenvolve no contexto das Reformas Sanitária e Psiquiátrica brasileiras, sendo ambos movimentos políticos e sociais complexos, com forte caráter ético e ideológico, que culminaram na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e cujas referências foram os fundamentos teóricos da Saúde Coletiva e o protagonismo de trabalhadores e usuários de serviços de saúde (Brasil, 2005). No campo da saúde mental, a Reforma Psiquiátrica propõe outras formas de cuidar do adoecimento psíquico, se opondo ao modelo hospitalocêntrico e biomédico baseado na medicalização do sofrimento mental e na internação (que frequentemente levava à exclusão), prevendo assim a inclusão social do paciente e sua circulação em todos os espaços da vida civil, com pleno exercício de sua cidadania (Rossi *et al.*, 2023); o que inclui, naturalmente, todos os espaços de assistência à saúde. Os referenciais ético-político e teórico-técnico que subsidiam as práticas de cuidado em saúde mental advindas da Reforma Psiquiátrica, cujas bases principais incluem a fenomenologia, o materialismo histórico, a psicanálise e a saúde coletiva, têm sido nomeados como Paradigma da Atenção Psicossocial, ou apenas Paradigma Psicossocial (Costa-Rosa, 2000; Shimoguri, 2019).

Desta forma, em função da necessidade premente de criar alternativas aos milhares de leitos hospitalares psiquiátricos no país, priorizou-se, inicialmente, a criação de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos para o manejo de situações clínicas de urgência ou de maior gravidade e complexidade, os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) (Pupo *et al.*, 2020). Uma primeira unidade do tipo foi criada ainda na década de 1980, e a primeira portaria regulamentando seu funcionamento é de 1992. Ao longo da década de 1990 e no início dos anos 2000 os CAPS já se consolidavam como um serviço especializado de base comunitária predominante na assistência à saúde mental da população. Em relação à oferta de cuidados em saúde mental na AB, as primeiras iniciativas surgiram na década de 1990, de forma pontual em alguns municípios (Amaral *et al.*, 2018). Em 2003 foi publicado o primeiro documento ministerial que levantou este debate (Brasil, 2003), priorizando-se ações de apoio matricial executadas pelas equipes dos CAPS junto às equipes de APS. E em 2008, com a publicação da portaria que instituiu o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (Brasil, 2008), foi

incorporado à AB um dispositivo cujo objetivo é prestar apoio às eSF e assistência especializada à população adscrita para várias condições prioritárias, entre elas o sofrimento mental.

Os NASF são dispositivos/serviços compostos por equipes multiprofissionais, fixas ou volantes, que devem fornecer retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes da APS, operando seguindo as metodologias e arranjos organizacionais previstos pelas lógicas do apoio matricial, especialmente, e também da clínica ampliada, da educação permanente em saúde (EPS) e do projeto saúde no território; valendo-se de tecnologias como o projeto terapêutico (PTS), o atendimento compartilhado, a interconsulta, a pactuação de apoio no território, entre outras. É definido que ele deve atuar de forma intersetorial, e também entre serviços que compõem as Redes (temáticas) de Atenção em Saúde (RAS), visando sua aproximação e articulação. A composição das equipes multiprofissionais, considerando suas formações específicas e núcleos de saber, contempla áreas estratégicas, que incluem a atividade física/prática corporal, alimentação e nutrição, práticas integrativas e complementares, serviço social, saúde da criança, saúde da mulher, assistência farmacêutica e saúde mental (Brasil, 2008; Brasil, 2017a; Mazza *et al.*, 2020).

A proposição do NASF emergiu da provocação de vários atores do campo da saúde coletiva, em especial profissionais e gestores, que argumentavam em prol da necessidade de aumentar os serviços oferecidos na APS visando maior integralidade e longitudinalidade, com consequente melhora da resolutividade na AB. Inicialmente ele chegou a ser concebido (originalmente NAISF, Núcleo de Atenção Integral na Saúde da Família) como um dispositivo para oferta de atenção especializada nas unidades de APS, seguindo os moldes tradicionais de referência e contrarreferência, mas fatores políticos fizeram com que prevalecesse a lógica de apoio, baseada na metodologia de apoio matricial. Assim, a potência indutora do Ministério da Saúde logo se fez evidente a partir da publicação da portaria de instituição do NASF, havendo um crescimento contínuo no número de equipes, desde 2008 até 2012. Em 2011 foi publicada a nova Política Nacional de Atenção Básica, com incorporação do NASF. Desse ano em diante, mudanças de financiamento, incentivando os municípios ao credenciamento de equipes e, especialmente, a publicação de diretrizes e materiais de orientação e a oferta de cursos (somente 04 anos após a criação do NASF) que tratavam especificamente da lógica do apoio matricial, impulsionaram um grande incremento no número de equipes cadastradas, o que se manteve até 2017, quando foi publicada a nova PNAB (Correia, Goulart, Furtado, 2017; Mattos, Gutiérrez, Campos, 2022; Timmermann, Brites, Rocha, 2023).

Até então o funcionamento do NASF havia sido aprimorado e ampliado através de portarias e materiais normativos diversos, sempre reforçando sua natureza intersticial, de apoio, colaboração e articulação entre a atenção primária e tecnologias próprias da atenção especializada, dentro das áreas estratégicas, utilizando-se do apoio matricial. A nova PNAB renomeou o NASF como Núcleo Ampliado de Saúde da Família e retirou um pouco a ênfase na noção de apoio como sua função principal, inclusive suprimindo a expressão “apoio matricial” do seu texto, embora, de modo geral, tenha mantido as prerrogativas previstas por esse arranjo. O número de equipes manteve-se em crescimento, ainda que menos acelerado, até 2019, quando novas mudanças nas regras de financiamento da APS eliminam os recursos discricionários (inclusive para o NASF) e, na prática, minaram o incentivo ao credenciamento de novas equipes, o que foi reafirmado em nota técnica ministerial de 2020. O NASF não chegou a ser extinto, mas a mudança de financiamento tirou o incentivo à sua manutenção pelos municípios, que foram instados a compor equipes multiprofissionais variadas junto às próprias eSF na APS. Em 2023, contudo, o NASF e suas prerrogativas conceituais e operacionais, bem como seu financiamento, foi retomado, agora com o nome de Equipes Multiprofissionais na APS ou eMulti (Brasil, 2023a).

Ao longo deste período, o NASF/eMulti consolidou-se como o principal dispositivo de apoio às eSF para a assistência em saúde mental aos usuários da APS, juntamente com as equipes do CAPS, que também realizam apoio através de ações de apoio matricial mas não tem cobertura, permeabilidade e integração à AB tão extensas os NASF (Chazan, Fortes, Junior, 2020; Cohen, Castanho, 2021). O NASF/eMulti deve ocupar, portanto, um lugar estratégico em qualquer agenda que paute o aumento de acesso e resolutividade da assistência em saúde mental e mecanismos de sua integração à APS. De fato, o campo da saúde mental desponta, dentre das áreas estratégicas de atuação do NASF, como um dos mais relevantes, concentrando boa parte da produção das equipes e da produção científica em torno do NASF (Alvarez, Medina, 2021), o que sublinha uma relação de grande proximidade entre ambos.

Como se observa, a lógica de assistência ao portador de sofrimento mental formulada no âmbito das Reformas Sanitária e Psiquiátrica brasileiras, tributária do paradigma de atenção psicossocial e incluindo a integração na APS pelo viés de apoio às eSF através do NASF, é contra-hegemônica, indo de encontro ao modelo biomédico, especialista e asilar que prevaleceu por muitos anos e dentro do qual a maioria dos trabalhadores se qualificou. A observância aos seus fundamentos teóricos exige dos profissionais uma visão ampliada do processo saúde-doença e a atenção às suas dimensões sociais, sanitárias, relacionais e subjetivas, além de uma

revisão de suas práticas e concepções (muitas vezes estigmatizantes) acerca do sofrimento psíquico. A atuação sob a lógica matricial, por sua vez, prevê que os trabalhadores deixem seu núcleo epistemológico, técnico e procedimental e se abram a uma prática dialógica, transdisciplinar e de construção compartilhada do saber e das condutas, desenvolvendo novas habilidades e se afastando mais uma vez do paradigma epistemológico e do modelo de atendimento dentro dos quais foram formados (Castro, Campos, 2016; Santos, Silva, 2022).

Desta forma, é natural que surjam dificuldades e conflitos na integração da assistência especializada em saúde mental na APS, o que pode ser atestado por diversos estudos sobre o tema (Alvarez, Vieira, Almeida, 2019; Athie, Fortes, Delgado, 2013; Bonfim *et al.* 2013; Castro, Campos, 2016; Fagundes, Campos, Fortes, 2021; Machado, Camatta, 2013; Neves, Dantas, 2019; Treichel, Onocko Campos, Campos, 2019). Esse é um problema que se estende também aos processos de integração saúde mental-APS no restante do mundo, por fatores diversos (Holmes, Chang, 2022. Sapag, Rush, Ferris, 2015; Saraiva, Zepeda, Liria, 2020; Silva, Lee, Fuhr, 2014; Trapé, Onocko Campos, Gama, 2015). Contudo, diferentemente do que ocorre em muitos países, onde as estratégias de integração e cuidados colaborativos entre a atenção especializada em saúde mental e a AB são mais estruturadas e prescritivas, alinhadas ao modelo assistencial tradicional, no cenário brasileiro as dificuldades acabam amplificadas em função da amplitude de transformação não só metodológica, mas também ética e organizacional propostos pelo paradigma da atenção psicossocial e pela lógica de apoio matricial (Melo *et al.*, 2018).

Nesse contexto, considerando os arranjos organizacionais necessários para a implementação dos modelos de cuidados colaborativos e de apoio matricial, Treichel, Onocko Campos e Campos (2019) destacam que:

Tanto no contexto brasileiro quanto no internacional, parece não estarem claros quais seriam os aspectos imprescindíveis para a efetividade desses arranjos, ocasionando uma grande variedade de conteúdo e intensidade destes. Embora essas variações tenham relação com o aspecto de plasticidade, essencial para adaptação da proposta em diferentes cenários, (...) aponta-se para uma falta de clareza dos profissionais quanto ao papel dos serviços aos quais estão vinculados e quanto à sua atuação em tais serviços.

Desta forma, no fazer cotidiano das equipes, conforme indicam vários estudos no campo, acabam emergindo muitos modos de organização e de prática matricial, tomados de forma exclusiva ou prioritária, havendo equipes e profissionais que priorizam (ou fazem exclusivamente) discussão de caso e atenção compartilhada com a equipe, passando por outras

que oferecem apoio para as relações interprofissionais (à semelhança de um apoiador institucional), outros que exercem o papel de supervisores ou consultores, até o exercício clínico especializado de modo isolado, sem compartilhamento com as eSF (Melo *et al.*, 2018). Algumas críticas fazem referência a uma certa ambiguidade no modelo brasileiro, não havendo clareza sobre qual a natureza de ações deve prevalecer (de apoio técnico-pedagógico às equipes ou clínico-assistenciais coletivas ou individuais), ou se deve haver um equilíbrio entre elas. Outras apontam justamente o contrário, que a prerrogativa de superar o modelo burocrático de referência e contrarreferência entre atenção primária e atenção especializada e de superar também o modelo assistencial biomédico e asilar acabou levando a diretrizes que induzem de forma excessiva os processos de colaboração ou de ação clínica exclusivamente compartilhada, em detrimento da assistência individual e especializada ao usuário, esvaziando o saber especializado e instando o apoiador a não realizar atendimentos individuais, o que acaba levando a tensões nas relações entre equipes apoiadoras e apoiadas em relação às definições de responsabilidades (Klein; D'Oliveira, 2017 apud Araújo; Neto, 2019; Tesser, 2017 apud Melo *et al.*, 2018; Melo *et al.*, 2018).

Um documento elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo em 2009, pouco após a publicação da portaria de instituição do NASF, chegou a propor parâmetros de distribuição de práticas de cada categoria profissional. Nele, é sugerido que as ações técnico-pedagógicas junto às eSF perfaçam 30 a 40% das ações ou carga horária; que as atividades coletivas clínico-assistenciais (grupos e educação em saúde) ocupem 20 a 50% das ações; e que somente 10 a 30% sejam dedicados a atendimentos individuais (incluindo os domiciliares) não compartilhados (São Paulo, 2009 apud Rezende; Andrade, 2022). Embora alguns autores concordem quanto à importância do equilíbrio entre as práticas assistenciais e de apoio e afirmem que o apoio matricial só pode ser definido a partir da distribuição da dedicação dos profissionais entre elas, tais objetivos nunca chegaram a ser requisitados pela comunidade científica ou pelo campo burocrático como um parâmetro válido ou desejável (Tesser, 2017).

As ambiguidades refletem as contradições e tensionamentos políticos, ideológicos, técnicos e culturais que subsidiam a conformação dos campos da saúde pública e saúde coletiva e que se estenderam ao processo de criação do NASF (Almeida; Medina, 2021). Como síntese, tomamos a proposição de Melo *et al.* (2019), que apontam, a partir da avaliação do NASF, que o apoio matricial se sustenta em um 'lugar' de transição, intrinsecamente paradoxal, e que avaliá-lo a partir de dicotomias (especialismo x generalismo, apoio pedagógico x atendimento ambulatorial, atenção primária x atenção secundária ou especializada) “denega seu lugar

intersticial: entre a equipe e a gestão, entre a gestão da área programática/distrito de saúde e a gestão da unidade básica, entre a equipe e o território, entre a equipe e o usuário”. Desta forma, os autores argumentam que a priorização de um ou outro grupo de práticas deve ser dada pelos contextos locais, a depender de suas características estruturais e de suas necessidades, e que o enfrentamento das dificuldades inerentes à lógica de apoio matricial requer tempo e investimento que deve ser direcionado à qualificação do processo de colaboração, a ferramentas de comunicação interprofissional e à formação dos profissionais envolvidos, ao invés de adequação normativa numa ou outra direção.

Nesse sentido, um estudo de revisão sistemática recente (Treichel, Onocko Campos, Campos, 2019) procurou identificar os principais obstáculos à adequada implementação da lógica de apoio matricial em saúde mental na APS brasileira. Classificando-os em (a) estruturais, (b) subjetivos e culturais, (c) epistemológicos e (d) políticos e de comunicação, os autores identificam diversos impasses, entre os quais citam-se:

- a) desconhecimento técnico das equipes de APS para lidar com problemas de saúde mental; fragmentação da rede com baixa integração ou burocratização do fluxo entre serviços; perpetuação da lógica do encaminhamento sem continuidade das ações entre os níveis de atenção e com baixa responsabilização pelo seguimento dos pacientes; falta de uniformidade na estruturação dos serviços; inexistência/deficiências dos serviços de informação; alta rotatividade dos profissionais ou falta de profissionais e equipes incompletas; incompatibilidade da demanda de produtividade do profissional com a lógica proposta, com geração de sobrecarga; precarização da estrutura física dos serviços;
- b) dificuldade/negativa dos profissionais em lidar com questões relacionadas à saúde mental; pressões da gestão por produtividade numérica em detrimento da reorganização dos processos de trabalho e da criação de espaços de trabalho colaborativo; distanciamento e desprestígio entre as categorias profissionais; tratamento médico e fármaco-centrado; dificuldade em realizar ações intersetoriais;
- c) falta de delineamentos claros sobre estratégias para prática do matriciamento, coordenação dos casos e seguimento longitudinal; falta de conhecimentos, habilidades e formação específicos para o desenvolvimento do trabalho a ser realizado; perpetuação do entendimento biológico sobre o processo saúde-doença em detrimento do olhar biopsicossocial;

- d) suscetibilidade e variação das condições diretivas e investimentos conforme as decisões políticas dos atores municipais e comissionamento dos cargos de gestão; modelo de gestão verticalizado com dificuldade de comunicação entre os profissionais e a gestão.

A partir disso, pesquisadores vêm sugerindo que a qualificação dos serviços e equipes para funcionamento sob a lógica de cuidados colaborativos exige: a) elaboração de modelo flexível de cooperação, coerente com as necessidades da população alvo e dos profissionais da AB; b) delineamentos organizacionais e clínicos claros e consensuais para a prática de matriciamento, coordenação dos casos e seguimento longitudinal, com atribuição igualmente clara do papel dos profissionais da atenção primária e especialistas; c) investimento maciço em formação e capacitação dos profissionais, desde o nível da graduação, para atuar na lógica do compartilhamento e corresponsabilização dos casos; d) criação de espaços institucionalizados de comunicação interprofissional e de encontro sistemático dos profissionais para discussão dos casos e avaliação conjunta do andamento das atividades, visando a personalização e desburocratização das relações; e) atenção para questões referentes à seleção e contratação de pessoal, especialmente dos diretamente envolvidos na prática matricial (Oliveira; Campos, 2015; Treichel; Onocko; Campos, 2019).

Pupo *et al.* (2020) também destacam a persistente dificuldade de implantação e incorporação do modelo psicossocial e de apoio matricial nas UBS e na AB, e que vários estudos têm apontado fatores recorrentes que têm contribuído para tal cenários:

o modelo biomédico de sofrimento mental que se preocupa em silenciar os sintomas por meio da medicação e que ignora a dimensão subjetiva, social e existencial dos problemas; o estereótipo de periculosidade e incapacidade relacionados com os transtornos mentais graves que geram afastamento, receio e desistência de investimento dos profissionais no cuidado para além da medicação; a falta de preparo dos profissionais, especialmente daqueles da atenção primária, sobre a temática de saúde mental; a separação e a cisão do cuidado em problemas físicos e problemas emocionais e psicossociais; o entendimento de que a saúde mental deve ser abordada apenas por especialistas; o estabelecimento de diretrizes operacionais genéricas e sem detalhamento sobre como identificar e diagnosticar, sobre quais os fluxos de atenção adequados e o tipo de abordagem terapêutica que deve ser utilizada em cada situação; e a baixa articulação entre os serviços da rede pública de saúde.

Lancman *et al.* (2013 apud Souza, Calvo, 2018) apontam, ainda, a incipiência das Redes de Atenção em Saúde, com precariedade ou mesmo ausência de serviços de diferentes níveis de complexidade ou setores, inclusive no campo da saúde mental, “pode conduzir à desvirtuação da proposta de trabalho integrado ao levar à utilização do NASF como substituto

das Redes”, o que aumenta a pressão, ante os demais obstáculos já citados, ao seu funcionamento enquanto mero dispositivo de atenção especializada.

Finalizando, sabe-se que as estratégias de implementação de serviços territoriais baseados em práticas de atenção psicossociais são consideradas exitosas, havendo ampla e robusta evidência acerca de sua efetividade no tratamento dos transtornos mentais mais graves e persistentes, na supressão de práticas excludentes e na ampliação das possibilidades de reabilitação psicossocial (Thornicroft, Tansella, 2003), com o Brasil ocupando uma posição de destaque no mundo, inclusive (Coelho *et al.*, 2022; Onocko Campos *et al.*, 2017). Por sua vez, as estratégias de integração da atenção especializada em saúde mental na APS e de sua articulação aos demais dispositivos e serviços de saúde mental, tendo a AB como coordenadora do cuidado, também contam com ampla evidência de efetividade na maior parte do mundo, especialmente para o adequado tratamento de transtornos mentais comuns como depressão e ansiedade, a despeito das dificuldades inerentes ao processo de integração (Saraiva *et al.*, 2020).

Já em relação ao contexto brasileiro, e considerando todas as dificuldades citadas, constata-se que o apoio matricial carece de mais estudos com relação à sua efetividade (Salgado, Fortes, 2021; Treichel; Onocko; Campos, 2019). A maioria das pesquisas e estudos sobre o tema é de natureza qualitativa e tem abrangência local ou regional, tornando os resultados pouco generalizáveis (Coelho *et al.*, 2022; Onocko Campos *et al.*, 2020). Em que pese o grande destaque de vários desses estudos às dificuldades de implantação e às divergências do funcionamento do AM em relação ao que é preconizado, algumas avaliações sugerem que sua implementação coincide com melhorias na detecção e no acompanhamento de transtornos mentais pelos profissionais da AB, de definição de fluxos de tratamento e de qualificação das equipes e colaboração entre os profissionais, mas o desenho dos estudos e a diversidade de covariáveis limita o estabelecimento de conclusões (Oliveira *et al.*, 2014; Saraiva, Zepeda, Liria, 2020). De modo geral, o apoio matricial é considerado positivo e relevante, mas faltam evidências acerca de sua efetividade, de quais de suas práticas e componentes se correlacionariam a melhores ou piores desfechos para a assistência, e de quais seriam os desfechos potencialmente modificáveis pela estratégia, seja pela perspectiva de trabalhadores, usuários ou gestores, seja pela avaliação de indicadores (Saraiva, Zepeda, Liria, 2020). Ademais, como se torna evidente pelo exposto anteriormente, os obstáculos que se impõem à consolidação do apoio matricial levam a uma grande heterogeneidade de estágios de implantação e de intensidade e qualidade de funcionamento, tornando estudos de abrangência regional pouco úteis na avaliação da política como um todo (Maia *et al.*, 2021).

Como concluem diversos pesquisadores sobre o tema, é necessário que se avance nos estudos sobre a avaliação do apoio matricial, especialmente a partir de estudos quantitativos e mistos e da definição de um quadro comum de indicadores (Costa, Colugnati, Ronzani, 2015; Treichel, Onocko Campos, Campos, 2019).

2. AVALIAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Em 2013 a OMS publicou um documento intitulado “Plano de Ação para a Saúde Mental 2013-2020” (WHO, 2013) que instituía, para os países membros signatários, um conjunto de medidas a serem tomadas como resposta à crescente demanda por assistência em saúde mental no mundo, nomeada pela organização como “crise da saúde mental”. As medidas foram organizadas em torno de quatro objetivos-eixo: 1) fortalecer a liderança e a governança efetivas para a saúde mental; 2) oferecer serviços de assistência em saúde mental comunitários, de maneira abrangente, integrada e responsiva; 3) implementar estratégias de promoção e prevenção em saúde mental; 4) fortalecer sistemas de informação, evidências e pesquisa em saúde mental. A partir destes objetivos, foram definidas metas a serem atingidas até 2020, que seriam monitoradas através de indicadores. Em 2020 o plano foi revisto, com a manutenção dos mesmos objetivos e a redefinição de metas e indicadores até 2030 (WHO, 2021).

Entre as metas e indicadores, sublinham-se: para o objetivo dois, a proporção de pessoas com depressão e psicose que estão em tratamento e a existência de um sistema de integração da saúde mental com a atenção primária, visando escalar a oferta de assistência para condições comuns; para o objetivo três, a redução das taxas de suicídio; e para o objetivo quatro, a existência de um conjunto de indicadores de saúde mental rotineiramente coletados em serviços de saúde ou facilmente acessíveis em sistemas de informação. Percebe-se, então, a ênfase da OMS em reforçar a necessidade de integração de serviços e dispositivos de saúde mental com a APS para reduzir a lacuna entre demanda e oferta de tratamento; e em avaliar níveis de implementação, resultados e desfechos, utilizando-se de um conjunto de indicadores. Para tal se faz necessário um sistema de informações adequado que inclua métricas capazes de identificar a cobertura populacional de serviços e procedimentos de saúde, bem como sua efetividade (considerando, portanto, não somente a disponibilidade do serviço, mas a possibilidade de população que necessite do serviço efetivamente o acesse, o aceite e tenha suas necessidades atendidas pelo mesmo); e de monitorar a qualidade da assistência prestada (De Silva *et al.*, 2014).

Destaca-se que países de baixa e média renda, entre os quais se inclui o Brasil, não realizam, de forma ampla e rotineira, coleta de informações concernentes à saúde da população e da assistência prestada nos respectivos sistemas de saúde. Igualmente, não costumam contar com Sistemas de Informação em Saúde (SIS) robustos onde essas informações podem ser inseridas, organizadas e posteriormente estudadas, o que dificulta, justamente, a elaboração de

indicadores e a análise do sistema de saúde e o planejamento de ações e políticas em saúde (Jordans *et al.*, 2016; Lima *et al.*, 2021).

O campo de avaliação de políticas públicas é, de fato, ainda incipiente no Brasil, o que se estende ao campo da saúde e da saúde mental (Lima *et al.*, 2022). Contudo, observa-se um crescimento do interesse de pesquisadores e gestores pela área nos últimos anos, o que provavelmente ocorre pela consolidação do modelo de atenção psicossocial em vigência no país desde o início do século; e pela evidência cada vez maior de que produzir informações acerca do mesmo é imprescindível para o reordenamento e redimensionamento dos serviços e ações em curso e para subsidiar futuros planejamentos, decisões e ações de criadores e gestores das políticas públicas (Dantas, Oda, 2014; Maia *et al.*, 2021. Onocko Campos *et al.*, 2020). Tradicionalmente, a avaliação da assistência é realizada através da análise de indicadores, sendo estes definidos, de acordo com Minayo (2009), como expressões, tanto numéricas, simbólicas ou verbais, de natureza quantitativa ou qualitativa, com o objetivo de caracterizar ou medir algum aspecto sobre um fenômeno, determinando seu valor e analisando-o a partir de parâmetros preestabelecidos pela melhor evidência disponível. Ainda segundo a autora, os indicadores quantitativos se referem a aspectos mais tangíveis ou explícitos da realidade e do fenômeno em estudo (como renda, número de atendimentos, taxa de ocupação etc.); enquanto os qualitativos costumam se referir a aspectos intangíveis ou implícitos da realidade. Em função disso, os indicadores numéricos e quantitativos acabam sendo privilegiados por criadores e gestores de políticas públicas, inclusive do campo da saúde, para a avaliação das mesmas. Contudo, tanto no campo da saúde coletiva, mas especialmente no campo da saúde mental, há críticas, conforme aponta Minayo (2008 apud Alves *et al.*, 2017):

(...) essa forma de construção de indicadores, em geral, reduz a questão da singularidade e da individualidade às proposições estabelecidas na perspectiva do pesquisador, resultando em indicadores que permanecem externos aos sujeitos investigados. Por outro lado, a construção de indicadores qualitativos por meio de estratégias qualitativas possui a capacidade de expressão da voz, sentimentos, pensamentos e práticas desenvolvidas pelos atores que estão envolvidos no processo avaliativo.

Desta forma, a criação de indicadores quantitativos ou objetivos, “externos aos sujeitos investigados” leva ao risco de excessivas simplificação ou tecnificação, à potencial utilização descontextualizada dos mesmos, e por fim a interpretações equivocadas ou sem validade. Como ainda acrescentam Onocko-Campos *et al.* (2017):

A operacionalização de indicadores em saúde mental é tarefa que impõe desafios. Primeiramente, porque a tradição de indicadores nesta área é mais restrita quando comparada a outras áreas do campo da saúde, como a atenção básica e a atenção hospitalar, cujo tempo de existência no País e estímulo, por parte dos organismos nacionais e internacionais de saúde, estabeleceram bases para o desenvolvimento de critérios de acompanhamento das mesmas. Soma-se a isso, o caráter fortemente ético e político da reforma psiquiátrica e a consequente dificuldade em estabelecer consensos em torno de alguns parâmetros e indicadores entre agentes com posicionamentos políticos distintos. Além disso, o objeto de que se ocupam os trabalhadores da saúde mental, caracterizado por questões subjetivas – que atravessam os sujeitos que acompanham –, requer esforços de relativização e de compreensão do singular, gerando menor permeabilidade às tentativas de objetivação e sistematização numérica de suas práticas em torno de indicadores.

Pode-se observar que o debate em torno de avaliação em saúde mental expõe uma fratura entre duas polaridades epistemológicas distintas: a perspectiva positivista, cuja natureza é predominantemente quantitativa; e as abordagens interacionistas/construtivistas, de fundamentação hermenêutica-dialética e natureza qualitativa. A primeira, representada pela epidemiologia tradicional; a segunda, representada pelo referencial da avaliação de quarta geração (A4G), que pretende superar o caráter tecnocrático das vertentes positivistas e suas inerentes limitações incorporando dimensões qualitativo-participativas como eixo reestruturante aos modelos tradicionais, trazendo o sujeito-usuário como foco das ações avaliativas (Onocko Campos *et al.*, 2020). A4G define grupos de interesse num processo avaliativo (agentes, supostos beneficiários e potenciais vítimas, em referência a planejadores e executores da atividade em avaliação, e as pessoas que dela usufruem, podendo colher benefícios ou malefícios), e estes são parte ativa do processo de avaliação, ao contrário dos modelos tradicionais, em que o polo ativo é formado prioritariamente por avaliadores externos ao processo avaliado, pretensamente neutros, e outro polo, de executores do processo e usuários, é passivo na avaliação. Assim, emergem-se percepções subjetivas dos atores pesquisados e de suas reflexões sobre potenciais efeitos positivos a partir daquilo que foi incitado pela pesquisa, o que pode levar a mudanças de prática individual e organizacional. Além disso, o processo de avaliação em si é responsivo a esses grupos de interesse, não se preocupando em somente medir o processo/atividade de forma também pretensamente neutra, mas em gerar *feedback* para os agentes e, igualmente, modificar seus próprios processos avaliativos de acordo com o retorno desses atores, num processo contínuo de retroalimentação.

Como revelam os estudos de revisão mais recentes no campo, a produção nacional tem amplo predomínio da vertente construtivista (Dantas, Oda, 2014; Costa, Colugnati, Ronzani,

2015), o que não causa estranheza. Revisão sistemática recente (Lima *et al.* 2021) identificou que mesmo em países desenvolvidos de tradição anglo-saxônica, em que se observa ampla disponibilidade de recursos e predomínio da epidemiologia tradicional, não há consenso quanto um conjunto de parâmetros para avaliação em saúde mental que inclua indicadores objetivos de qualidade de assistência e resultados esperados, o que, naturalmente, reduz a possibilidade de estudos no campo. O mesmo trabalho identificou que, ainda que haja iniciativas para a construção de processos de avaliação, incluindo a elaboração de painéis de indicadores, elas tiveram grande variação de uso para melhoria da política, gestão e dos serviços, e raramente se relacionavam a um programa abrangente e nacional de avaliação do sistema.

De fato, como reforça Onocko-Campos *et al.* (2020), a avaliação de sistemas de saúde não pode ser explicada por meio de uma “relação de causalidade linear simples”, uma vez que ações e políticas não geram os mesmos impactos em lugares, momentos e sujeitos diferentes, sendo necessário, portanto, adotar um “modelo de causalidade complexa”, o que certamente exige o desenvolvimento de instrumentos de avaliação e análise adequados a tal cenário. Este é um fator limitador para que se obtenha consenso quanto a instrumentos e indicadores de avaliação. Nesse contexto, emergem ainda questões financeiras: tais instrumentos, o que inclui a geração de indicadores, sua coleta e análise, é uma tarefa inicialmente cara e que requer trabalho intensivo, qualificação e provável aumento da carga de trabalho das equipes de saúde, a contratação de equipes externas e recurso computacional robusto. Em que pese o fato de que, a longo prazo, a avaliação por meio de indicadores e/ou instrumentos mais explícitos e objetivos carregue a vantagem de poder ser reproduzida em diferentes locais e por longos períodos por um custo muito mais baixo do que a aplicação rotineira e em escala de processos de avaliação qualitativos e participativos, o custo inicial é um obstáculo relevante para um grande número de sistemas de saúde.

No mesmo sentido - de dificultar a criação e operacionalização de indicadores de assistência e qualidade em saúde mental, deve-se mencionar o caráter quase intangível de várias ações no campo da assistência em saúde mental e da atenção psicossocial, como explicitamente afirmam alguns pesquisadores da área (Salgado; Fortes, 2021), uma vez que várias das atividades assistenciais são revestidas por aspectos subjetivos dos usuários e profissionais e utilizam-se de tecnologias leves e relacionais, conformadas por parâmetros mais éticos do que técnicos. No caso brasileiro, o processo histórico de conformação do modelo de atenção psicossocial é também fortemente ético, sendo pautado pelo deslocamento do local de execução das práticas em saúde mental do interior da instituição para o território com foco na

integralidade do cuidado; pela superação do paradigma de adequação do usuário ao meio a partir dos tratamentos; pela transformação do imaginário coletivo acerca da loucura; e pelo desenvolvimento de ações que produzam subjetividade singularizada e a horizontalização das relações interprofissionais e com os usuários (Costa-Rosa; Luzio; Yassui, 2001 apud Alves *et al.*, 2017). Sendo assim, as dificuldades intrínsecas à avaliação no campo da saúde mental são amplificadas no contexto do paradigma de atenção psicossocial.

Aos fatores supramencionados somam-se outros, de natureza a) cultural - profissionais e gestores podem ver sistemas de avaliação com desconfiança, ainda mais quando parametrizados de forma mais objetiva, julgando-os como ferramentas para punir mau desempenho ou para controle político; b) técnica - a ausência de sistemas de informação ou a falta de abordagem das equipes para se ajustar ao uso de indicadores e à alimentação de dados nos sistemas, quando disponíveis; todos convergindo, portanto, para que se privilegie as metodologias de vertente construtivista e participativa, muito mais sensíveis a captarem fatores contextuais e subjetivos, e aptos a gerarem feedback relevante aos atores envolvidos (profissionais e usuários) e monitorar e reforçar os próprios pressupostos éticos e epistemológicos que sustentam o modelo e as tecnologias de cuidado vigentes.

Entretanto, como já mencionado, as pesquisas de avaliação qualitativas e participativas são sujeitas a heterogeneidades diversas em metodologias e resultados que dificultam generalizações e uma avaliação mais abrangente do sistema de saúde e, por extensão, o planejamento e ajuste da política que norteia seu funcionamento. Ainda que possam ter um custo inicial baixo, por sua natureza local e por nem sempre necessitarem de amplos recursos computacionais ou de equipes externas, sua replicação a longo prazo e em larga escala é extremamente onerosa, além de exigir ampla disponibilidade das equipes (Campbell, 2000), o que, igualmente, inviabiliza sua utilização como abordagem metodológica única para macroavaliação de um sistema.

Assim, concordamos com Onocko-Campos *et al.* (2020), que identifica a possibilidade de se “trabalhar com informações quantitativas dentro de um paradigma construtivista”, desde que tais informações não sejam tomadas como dados “naturais” ou “reveladores da verdade”, e sim analisadas dentro de um contexto interpretativo por todos os sujeitos envolvidos no processo. Reconhece-se, então, a possibilidade de se “abreviar a distância entre as ferramentas do método positivista e os dispositivos associados à vertente construtivista”, desde que adotados métodos mistos de avaliação de um mesmo objeto.

Desta forma, a construção de indicadores nos parece não somente válida como imprescindível. A possibilidade de abordagem aprofundada e contextualizada dos métodos qualitativos-participativos, aliada à inclusão participativa de múltiplos atores do objeto avaliado que faz emergir uma evidente dimensão pedagógica e de fomento à corresponsabilização, são pontos fortes dessa metodologia (Costa, Colugnati, Ronzani, 2015; Surjus, Onocko Campos, 2017). Contudo, na pesquisa qualitativa pura e sem ampla abrangência os parâmetros de julgamento e avaliação são muito menos explícitos que na pesquisa quantitativa, o que torna a articulação e generalização dos resultados muito mais desafiadora, ao contrário de quando parâmetros - indicadores - são utilizados para a compilação dos resultados. Um outro efeito colateral das metodologias de vertente participativa é que informações concernentes à infraestrutura e especialmente ao processo de trabalho tendem a ser muito mais valorizadas, uma vez que trabalhadores e usuários serão mais sensíveis a tais determinantes - o que não deixa de ser uma vantagem; ao passo que informações relacionadas aos resultados e desfechos acabam omitidas - essa, uma desvantagem (Dantas, Oda, 2014). De toda forma, deve-se reforçar que a leitura descontextualizada de indicadores quantitativos ou sua utilização de forma superficial, apenas para legitimar ou deslegitimar ações, serviços ou políticas, pode levar a equívocos e servir para a desconstrução de políticas e sistemas, efeitos certamente indesejados.

Ante a realidade de um desequilíbrio no peso investigatório do campo de avaliação de serviços e políticas de saúde mental no país, com predomínio de modalidades pouco diversificadas e da análise de experiências relativas ao processo de reforma da assistência, é compreensível que haja poucas referências quanto à pactuação de indicadores de assistência no Brasil. No campo burocrático e governamental, atualmente, não há nenhuma iniciativa ampla de alcance nacional que possa analisar a política de saúde mental em seu âmbito macroestrutural. Nos últimos anos, um único indicador no campo foi monitorado, sendo proposto e definido no documento de Pactuação Interfederativa para o período de 2017 a 2021 (Lima, Alves, Furegato, 2022). Tal indicador relacionava-se às ações de apoio matricial em saúde mental desenvolvidas pelas equipes do CAPS, consonante à prerrogativa dos organismos internacionais de saúde para fomento da integração da atenção primária à atenção especializada em saúde mental (Brasil, 2016). Contudo, o indicador era totalmente insensível às ações do que deveria ser o principal dispositivo criado para operacionalizar essa integração, ou seja, das equipes especializadas dos NASF lotadas na APS. Seu cálculo era realizado dividindo-se, para uma determinada esfera regional (município, estado ou região federativa) o número de CAPS com pelo menos 12 registros de matriciamento na AB no ano pelo total de CAPS habilitados

naquela esfera, sendo esperada uma meta de pelo menos 80%, que nunca foi atingida por nenhum estado. Uma pesquisa de âmbito local identificou que os profissionais do CAPS que realizavam apoio matricial na AB e deveriam registrar o procedimento no SIA-SUS simplesmente desconheciam o instrumento para fazê-lo (no caso, o BPA-C), o que obviamente compromete qualquer avaliação (Silva; Camargo; Bezerra, 2018). O indicador substituíra outro que se relacionava unicamente com a abrangência nacional de cobertura populacional por CAPS, extinto em 2014, e atualmente não é mais monitorado nem foi substituído por qualquer outra ação avaliativa.

Em relação à APS e à estratégia de apoio matricial, especificamente, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi um programa de avaliação amplo da APS, que se valeu da aplicação de inquéritos cujas respostas subsidiaram a construção de indicadores para análise, com posterior certificação de qualidade e incentivo financeiro condicionado pelos resultados obtidos, compondo um dos quatro componentes de financiamento da APS desde que foi implantado, em 2012 (Harzheim, 2020). Embora, em seu primeiro ciclo de avaliação externa (fase em que os inquéritos eram aplicados), contivesse diversos parâmetros para avaliação da assistência em saúde mental, incluindo o apoio matricial e a atuação dos NASF, teve esse conteúdo desidratado ao longo dos ciclos de aplicação, sendo que no terceiro e último ciclo apenas quatro indicadores específicos do campo da saúde mental eram avaliados, com foco quase exclusivo no uso abusivo de substâncias, um escopo tímido em relação à possibilidade de ações previstas pela lógica de AM. As mudanças de instrumentos e indicadores ocorridas ao longo dos ciclos de aplicação e o encerramento do programa, em 2019, após a instituição de um novo modelo de financiamento da APS (Previne Brasil), desestimularam maiores pesquisas pela comunidade científica. Além disso, havia críticas quanto à validade dos indicadores propostos pelo programa (Cavalcanti e Fernandez, 2020; Neto; Fam; Silva, 2022).

O Previne Brasil foi implantado em 2019 como novo modelo de financiamento da APS brasileira, modificando, também, o programa de avaliação até então vigente. Embora tenha incorporado em suas diretrizes algumas prerrogativas do PMAQ-AB, se baseia num escopo muito menor e restrito de indicadores - sete, no total -, mais orientado a desfechos e resultados (ao passo que o PMAQ cobria uma ampla gama de indicadores de estrutura e processos; uma das críticas ao PMAQ diz respeito justamente ao muito elevado número de dados e indicadores produzidos, e à validade dos mesmos). Atualmente, nenhum indicador de monitoramento previsto pelo Previne Brasil concerne à área da saúde mental. Outro programa de avaliação, o

Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), que cruza dados provenientes de diversos sistemas de informação e da rede assistencial sintetizados em 24 indicadores padronizados e validados para permitir comparações regionais, igualmente, não avalia nenhum indicador do campo da saúde mental (Onocko Campos *et al.*, 2017; Trapé, Onocko Campos, Gama, 2017).

No campo científico a realidade não é muito distinta. Há alguns poucos estudos quantitativos ou de metodologia mista que avaliaram cenários mais amplos e propuseram indicadores de saúde mental e chegaram a avaliar sua aplicabilidade e validade, sendo que a maioria, inclusive, tem o funcionamento do CAPS enquanto objeto de estudo, e não a AB (Onocko Campos *et al.*, 2017; Trapé, Onocko Campos, Gama, 2017). Ademais, utilizam-se de metodologias, como avaliação de prontuários físicos, de baixo potencial de generalização, uma vez que não podem ser reproduzidas em larga escala. São, portanto, ações tímidas, cujos resultados, ainda que importantes, não são suficientes para a composição de uma avaliação ampla sobre o funcionamento da assistência em saúde mental, incluindo a estratégia de apoio matricial (Onocko Campos *et al.*, 2020).

2.1. A avaliação do apoio matricial em saúde mental

O apoio matricial pode ser estudado a partir de diferentes pontos de vista. De modo geral, predominam na literatura pesquisas empíricas de natureza qualitativa e participativa, envolvendo diferentes atores (profissionais das eSF, profissionais especialistas apoiadores e gestores, com uma participação muito diminuta de usuários) e que se ocupam de discutir a implementação do apoio matricial ou seu funcionamento, se concentrando em poucas áreas temáticas: percepções dos atores acerca do apoio matricial; modos de se fazer apoio matricial, distribuídos dentro de um amplo espectro de equilíbrio e harmonia ou desarmonia entre ações clínico-assistenciais e técnico-pedagógicas; fatores favorecedores ou dificultadores e obstáculos para implementação ou funcionamento adequados da estratégia; e efeitos positivos da prática matricial, percebidos subjetivamente pelos atores. Alguns estudos enfocam aspectos específicos relacionados ao AM, como a dimensão técnico-pedagógica e sua relação com a EPS; ou os conceitos de horizontalidade, longitudinalidade e integralidade na prática matricial; ou ainda a experiência do matriciamento a partir de categorias profissionais ou atores específicos, mas sempre a partir de métodos qualitativos que investiguem a percepção subjetiva dos envolvidos. Outros concentram-se no debate sobre a fundação e consolidação do conceito de AM, e dos princípios éticos e organizacionais mesmo, trazendo reflexões teóricas acerca de

diretrizes e modelos de implementação (Castro, Campos, 2016; Neves e Dantas, 2019; Treichel, Onocko Campos, Campos, 2019).

Uma vez que se trata de uma prática intersticial entre duas equipes, serviços ou dispositivos, e considerando a organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), haveria dois campos de avaliação do AM: a interface entre a APS e as equipes especializadas do CAPS, que também são instruídas a realizar o apoio; e a interface entre as eSF e o NASF, ambas lotados na APS. Revisão sistemática de Dantas e Oda (2014) sobre pesquisas de avaliação em saúde mental identificou que, numa amostra de 171 publicações (artigos, teses ou dissertações), apenas 8, menos de 5%, se propuseram a estudar a integração entre o CAPS e a APS. Revisão mais recente (Gonçalves e Peres, 2018), focada especificamente no estudo da articulação dos CAPS com APS através do apoio matricial, identificou 16 publicações, todas descrevendo estudos de abrangência local, sendo três deles relatos de experiência e os demais, estudos empíricos com a participação de trabalhadores (e eventualmente usuários) envolvidos na integração entre os dois serviços.

Já no campo de articulação entre as eSF e o NASF, a produção científica mostra-se um pouco mais fértil, reforçando o consenso de que o NASF se constitui como o principal dispositivo de integração entre os campos da saúde mental e da AB (Chazan, Fortes, Junior, 2020; Cohen, Castanho, 2021). Em geral, os trabalhos dão grande ênfase a aspectos concernentes à conceitualização teórica e normativa e à adequação do funcionamento do NASF, considerando seus preceitos fundamentais e suas áreas de atuação, o que inclui, ainda que não exclusivamente, o apoio matricial e o campo da saúde mental. Nesse grupo, as mesmas áreas temáticas identificadas nos estudos de articulação entre o CAPS e a AB também se fazem presentes. Contudo, pode-se identificar outros aspectos um pouco mais específicos, como: formação e competências para o trabalho no SUS, na eSF e no NASF; características dos profissionais do NASF, incluindo nível de engajamento, cultura de trabalho, habilidade de trabalhar em equipe, etc.; gestão do trabalho e trabalho em equipe; articulação entre equipes, entre serviços e intersetorial (Maffissoni *et al.*, 2018; Orué *et al.*, 2018; Alvarez, Vieira, Almeida, 2019; Araújo, Neto, 2019; Mazza *et al.*, 2020).

Merecem destaque 4 pesquisas que estudaram a avaliabilidade do NASF, a partir de metodologias qualitativas envolvendo pesquisa bibliográfica e técnicas de comitê e consenso com informantes-chave. Tais estudos, em nossa perspectiva, têm relevância pois se propõem a criar um modelo lógico de funcionamento do NASF - ou seja, do principal dispositivo de

operacionalização do apoio matricial em saúde mental na AB - e uma matriz de indicadores que possibilitaria a avaliação de seu funcionamento e efetividade.

Correia, Goulart e Furtado (2017) destacam que para ser avaliável é necessário que o dispositivo ou serviço a ser avaliado possa ter suas concepções essenciais e orientações de operacionalização esquematizados de forma consensual entre seus implementadores e entre os pesquisadores envolvidos. Em outras palavras, é preciso que o dispositivo/serviço tenha componentes epistemológicos e de execução claros, sem grandes dissensos entre a comunidade envolvida (formuladores, implementadores e toda a comunidade científica que se interessa pelo tema), que permita a distinção de variáveis a serem avaliadas, incluindo a definição de indicadores de avaliação. Os autores utilizam-se de referencial que propõe representar o dispositivo a ser avaliado em cinco categorias maiores, que podem ser equiparados à concepção donabediana de avaliação tridimensional, que inclui três dimensões interrelacionadas: estrutura (recursos), processos (atividade e produtos) e resultados (resultados e impacto).

Donabedien (1988) formula que a qualidade dos serviços de saúde deve ser avaliada com base em três componentes fundamentais: estrutura, processo e desfecho. A estrutura abrange os recursos físicos e humanos, como instalações, equipamentos e a qualificação dos profissionais de saúde. O processo refere-se às atividades e práticas realizadas durante a prestação dos cuidados, incluindo diagnósticos, tratamentos e a interação entre pacientes e profissionais. Ou seja, os processos referem-se ao cuidado em si, ao que é feito com os usuários do serviço, envolvendo uma dimensão técnica (procedimentos e tecnologias e técnicas empregadas) e uma dimensão interpessoal (que envolve aspectos mais subjetivos e humanísticos, como estabelecimento de relação de confiança, capacidade de compreensão de expectativas do usuário, empatia, responsividade, etc.). O desfecho diz respeito às consequências das atividades e práticas de cuidados, ou aos resultados obtidos, como a melhoria da saúde dos pacientes, a satisfação dos mesmos e a eficácia dos tratamentos administrados e a ausência ou cura de uma doença. A avaliação de desfecho também inclui duas dimensões, de efetividade e de satisfação do usuário, sendo que ambas são fortemente influenciadas pelo contexto social, cultural e psicológico do indivíduo que usa o serviço.

Críticos da metodologia apontam que, embora abrangente, ela pode não capturar completamente a complexidade das interações e contextos específicos de cada serviço de saúde. Além disso, a ênfase em componentes estruturais pode, por vezes, desviar a atenção da importância das relações interpessoais e da experiência do paciente. Entretanto, a formulação proposta do Donabedien permite uma análise detalhada e holística dos serviços de saúde,

facilitando a identificação de pontos fortes e áreas que necessitam de melhorias, além de orientar a implementação de estratégias para aprimorar a qualidade do atendimento prestado, sendo uma das metodologias mais influentes e amplamente adotadas no campo de avaliação em saúde. Assim, de acordo com Campbell *et al.* (2000), a medida de qualidade de um serviço ou rede seria definida por métricas quantitativas e qualitativas de acesso e avaliabilidade dos recursos de estrutura; de acesso e avaliabilidade aos processos neles desenvolvidos, e de efetividade dos mesmos, tanto em seus aspectos técnicos quanto relacionais; e da situação de saúde dos usuários, bem como seu nível de satisfação.

Assim, retomando o trabalho de Correia, Goulart e Furtado (2017), a esquematização do NASF identificou os seguintes componentes: a) recursos (o modelo em si, as equipes, o financiamento, o contexto organizacional, no caso, o de Redes de Saúde, entre outros); b) atividades, que se refere à metodologia de trabalho do dispositivo, e quais as atividades desenvolvidas pelos implementadores, incluindo gestores e trabalhadores da ponta (como articulação intersetorial, reuniões de organização do trabalho e de matriciamento com as eSF, elaboração de material de apoio, apoio da gestão e garantia de espaço protegido para tais atividades); c) produtos, ou seja, qual será o produto de trabalho para cada atividade, de cada instância envolvida (construção compartilhada de plano terapêutico, realização de consultas individuais ou visitas domiciliares de forma individual ou compartilhada, condução de grupos de forma individual ou compartilhada, compartilhamento de saberes e EPS, sincronização de agendas, manejo de conflitos intra equipe, etc.); e d) resultados e impacto, que são os desfechos esperados (aumento da integralidade do cuidado, evitação ou qualificação de encaminhamentos, aumento do escopo de ações da AB e, enfim, aumento da resolutividade da AB). Segundo os autores, a avaliação do NASF foi considerada plenamente viável, embora a persistência de divergências em relação a questões essenciais do arcabouço teórico que sustenta a estratégia, bem como de sua operacionalização, parece apontar que avaliações do grau de implementação do AM em diferentes regiões (atividades e produtos), e da estrutura subjacente (recursos) pareçam mais oportunas em relação àquelas voltadas para resultados ou impacto, sem contudo considerar tais aspectos como inviáveis.

Em trabalho semelhante, Dias *et al.* (2022) também estuda a avaliabilidade do NASF a partir de seus elementos componentes e propõe uma avaliação de efetividade a partir da organização de uma matriz de competências esperadas para o dispositivo. Assim, os componentes são também divididos em recursos, atividades, resultados e impacto e posteriormente reorganizados, a partir de quatro conceitos fundamentais da AB e que se

estendem ao NASF, em domínios de competências,: a) dentro do conceito de territorialização, desenvolver raciocínio clínico, epidemiológico e sociopolítico sobre a realidade sanitária; b) no conceito trabalho em equipe, realizar trabalho colaborativo e interdependente (entre equipes) com maior capacidade de análise e intervenção para indivíduos e coletivos; c) no conceito de integralidade, desenvolver a gestão do cuidado integral considerando as redes assistenciais de saúde; d) e no conceito de autonomia, promover a capacidade de governança dos indivíduos em relação a sua própria vida. Entre esses domínios se distribuem 14 indicadores (que consideram apenas os componentes de atividades e resultados), quantificados de forma escalonada a partir do preenchimento total, parcial ou ausente de critérios definidos pelos autores. Tais critérios relacionam-se a produtos oferecidos pela AB a partir do apoio do NASF às eSF e a formas de organização do trabalho de ambas as equipes, não se concentrando em eventuais desfechos clínicos ou sanitários.

Apesar dos autores reconhecerem que a matriz foi elaborada com base em pesquisa exclusivamente documental e que sua transposição para o campo prático exige cautela e avaliação de contexto, trata-se de uma ferramenta que pode ser útil, em consonância ao assinalado por Correia, Goulart e Furtado. (2017), para a avaliação do grau de implementação do AM, considerando seu funcionamento idealizado oficialmente, em diferentes regiões. Ela fornece uma ferramenta concreta e objetiva que permite a avaliação abrangente do funcionamento do NASF-AB, com identificação de fragilidades e potencialidades, e pode orientar ações aos gestores e trabalhadores para o aprimoramento do dispositivo.

Outro estudo de avaliabilidade conduzido por Souza e Calvo (2018) corrobora a viabilidade da avaliação do NASF, elencando a coerência entre seus objetivos e sua estrutura. Os autores concluem que, apesar da existência de um arcabouço teórico bem definido para o NASF, há lacunas na literatura sobre os resultados esperados da integração entre o NASF e as equipes apoiadas. O estudo recomenda a realização de avaliações formativas, com foco no trabalho integrado entre as equipes. Assim, é proposto um modelo lógico de funcionamento alicerçado em duas dimensões: a) acesso, cujo objetivo é “ampliar o escopo e a oferta de ações na AB”; b) resolubilidade, cujo objetivo é “ampliar a coordenação e a longitudinalidade do cuidado pelas equipes apoiadas”. Nesse modelo, o AM é transversal às duas dimensões. Dessa forma, é proposta uma matriz avaliativa composta por indicadores, que incluem, por exemplo, ações assistenciais anteriormente não realizadas pelas equipes apoiadas, atuação no território, ações ofertadas na AB após a implantação do NASF e responsabilização na definição de ações, na dimensão de acesso; e gestão de casos compartilhados entre NASF e equipes apoiadas,

atenção compartilhada na RAS, intersetorialmente e acolhimento em saúde, na dimensão de resolubilidade. O estudo também destaca a importância de considerar o contexto externo na avaliação do NASF, incluindo as condições de trabalho, a estruturação das Redes de Atenção à Saúde e o tempo de implantação do núcleo.

Apesar das proposições existentes, nenhuma pesquisa utilizou-se de algum dos desses instrumentos para a avaliação do NASF ou mesmo de outro dispositivo de saúde norteado pelo apoio matricial. Na literatura científica concernente ao AM e ao NASF, pesquisas de avaliação baseada na análise de indicadores são quase totalmente realizadas a partir de dados secundários provenientes do banco gerado pelo PMAQ-AB. Nossa pesquisa identificou treze publicações que analisaram dados do programa, no campo específico da saúde mental, que serão comentados na seção de resultados deste trabalho. Há ainda pesquisas de estudo de caso, no contexto da implementação local do NASF, ou de mudanças locais de seu funcionamento (Saraiva *et al.*, 2020a), as quais inovam ao propor indicadores de avaliação num desenho experimental, mas que, como as pesquisas de avaliação em saúde mental em geral, tem baixo potencial de generalização em função da utilização de fontes de dados não amplamente disponíveis ou de recursos de pesquisa e parâmetros muito específicos do contexto local. Encontramos também estudos que utilizam dados secundários dos SIS, mas todos de amplitude local ou no máximo regional, e sem a proposição de uma matriz de indicadores. (Coelho *et al.*, 2022; Maia *et al.*, 2021; Rezende, Andrade, 2022).

Fica claro que não se identifica, seja na literatura científica ou no campo burocrático, nenhuma iniciativa estruturada para avaliação do AM, o que sublinha a importância da criação de mecanismos de monitoramento e avaliação dos resultados alcançados pelo NASF e outros dispositivos orientados por essa lógica para superação dos desafios de implementação e funcionamento do mesmo.

2.2. O uso de Sistemas de Informação para Avaliação em Saúde

Assim, reveste-se de importância a pesquisa de dados de produção relacionados à assistência em saúde mental que alimentam o Sistema Nacional de Informações em Saúde (SNIS), que são uma realidade do contexto da saúde e da assistência à saúde mental. Os dados enviados pelos serviços são disponibilizados de forma online, em diferentes plataformas (Tabnet, SISAB) pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Considera-se que há uma grande quantidade de informações registradas rotineiramente pelos serviços de saúde

que não são utilizadas para planejamento e reorientação em saúde, incluindo muitas ações em dispositivos da RAPS no campo da saúde mental (Silva, Camargo, Bezerra, 2018).

É preciso, naturalmente, lançar luz sobre as limitações dos dados secundários do SNIS. Primeiro, há dúvidas quanto à qualidade dos dados, que são produzidos pelos agentes que prestam a assistência e por outros especificamente alocados para realizar a coleta, registro e envio desses dados, sendo tais agentes, em geral, pouco qualificados para essa função. A informatização dos serviços, que automatiza o processo de coleta de dados integrando-os aos sistemas já utilizados para a produção das unidades (prontuários, emissão de receitas e documentos, dispensação em farmácia, etc.), maximiza a qualidade das informações geradas, mas, apesar do evidente avanço nos últimos anos, não se estende de maneira uniforme e na mesma velocidade por todo o território nacional. Assim, erros de coleta e registro, digitação, de processamento e mesmo na disponibilização levam a erros, tanto sistemáticos quanto aleatórios, com grande potencial para distorção no padrão de dados, o que impossibilitaria seu uso na pesquisa e na avaliação. Por outro lado, como argumentam Belo e Júnior (2021), os erros sistemáticos são facilmente identificados e tratados e os erros aleatórios acabam se anulando ante o enorme volume de dados, emergindo a percepção imediata de grande consistência e coerência dos mesmos. Além disso, como também apontam, é crescente o número de gestores e áreas de informação que trabalham priorizando a adequada coleta e tratamento das informações, o que leva à tendência de aprimoramento da qualidade dos dados e da possibilidade de seu uso.

Também devemos ponderar sobre o tipo de informação que deriva desses dados, afinal, eles foram criados com objetivos específicos (geralmente, contabilizar e caracterizar eventos e permitir controle) e são esses objetivos que definem as variáveis disponíveis; além disso, a alimentação dessas variáveis depende da percepção subjetiva e conceitual dos agentes sobre as mesmas. Dessa forma, cabe ao pesquisador fazer as aproximações necessárias para que os dados reflitam o fenômeno que pretende ser avaliado, o que sublinha a discussão sobre a validade dos dados secundários num processo avaliativo ou numa pesquisa, uma vez que a determinação e calibração dos instrumentos característicos de uma pesquisa com dados primários não estão sob controle do pesquisador. Além disso, a própria análise deve ser ponderada por contextos locais específicos, uma vez que, por exemplo, um mesmo dado de uso de serviço pode tanto refletir uma dimensão de bom acesso, num local, quanto estar associado ao excessivo uso de recursos especializados, num local (com comprometimento da equidade), ou a fragilidades de outro

ponto da assistência, num outro (Amaral *et al.*, 2018; Amaral *et al.*, 2021; Godoi *et al.*, 2020; Maia *et al.*, 2021; Onocko Campos *et al.*, 2020).

Por fim, é importante destacar que os dados secundários se referem a agregados, cujas características são próprias e não transponíveis a indivíduos ou mesmo unidades específicas. Em que pese todas as ponderações que devem ser feitas com relação à qualidade e validade destes dados, seu uso adequado e aliado a outras metodologias, sem se ater exclusivamente a métricas de cobertura ou ao julgamento de ações que são assertivas ou falhas, pode ser útil considerando o vazio de iniciativas de avaliação (Dantas, Oda., 2014; Onocko Campos *et al.*, 2017; Silva, Camargo, Bezerra, 2018). O Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) - sistema de informações que concentra todas as informações de produção na atenção básica -, por exemplo, prevê o envio de dados relacionados a atendimentos e ações de assistência em saúde mental, tanto pelas eSF quanto pelas eAM (as, agora, eMulti) (Brasil, 2023a), ainda que de forma inespecífica. Já o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) concentra vários dados de produção cujos parâmetros são concernentes ao modelo de atenção psicossocial (como ações de promoção de contratualidade no território, ações de matriciamento em saúde mental, ações de reabilitação psicossocial) e que passaram a ser rotineiramente produzidos pelos CAPS a partir da adoção de um instrumento de registro, o Registro de Ações Ambulatoriais em Saúde - Psicossocial (RAAS-Psi), em 2012 (Silva, Camargo, Bezerra, 2018). Ademais, o cruzamento com outros sistemas de informação já existentes (como de morbidade hospitalar, de mortalidade, de vigilância, etc.) pode ser utilizados para a construção de indicadores estruturais, de processo e de estrutura cujo confronto poderia enfim, auxiliar no diagnóstico situacional da RAPS, incluindo o funcionamento do AM.

Nossa perspectiva é de que a adequada implementação do NASF e de sua operacionalização em grau avançado e dentro dos pressupostos do apoio matricial e da atenção psicossocial deveria favorecer tanto maior resolutividade de casos graves e persistentes, reduzindo assim os desfechos maiores, como internação psiquiátrica ou em outros serviços da RAPS e cuidados intensivos no CAPS; quanto prover acesso e resolutividade para o sofrimento mental comum, reduzindo assim os encaminhamentos externos pela atenção básica, parte da sobrecarga dos CAPS, e a morbidade e mortalidade relacionadas ao sofrimento mental, inclusive por suicídio. Desta forma, avalia-se, esses desfechos deveriam ser capturados por indicadores. Apesar de toda discussão com relação ao consenso acerca do devido funcionamento do NASF e dos parâmetros adequados para sua avaliação, consideramos que o

exercício de buscar essa correlação é útil, inclusive para a contribuição ao debate em torno desses dois pontos.

2. JUSTIFICATIVA

A temática da saúde mental e o enfrentamento das lacunas assistenciais neste campo são indubitavelmente relevantes. Considerando: (1) o consenso científico de que uma das estratégias necessárias para este processo é a criação de dispositivos de integração da assistência em saúde mental à AB, (2) que no Brasil esse dispositivo já existe - o apoio matricial em saúde mental - com experiências já consolidadas desde 2003, sendo oficialmente instituído em nível nacional desde 2008 através da criação do NASF; (3) que há dificuldades de diferentes naturezas na implementação do AM e na sua operacionalização conforme preconizado pelas diretrizes; (4) que diante destas dificuldades o apoio matricial a estratégia apresenta grande heterogeneidade territorial de implementação e intensidade de funcionamento; e (5) que estudos de avaliação da estratégia de apoio matricial são ainda muito incipientes; concluímos que o estudo da avaliação da política/estratégia de apoio matricial, em nível nacional, é indiscutivelmente importante.

Considerando, ainda, (1) que não há processos de avaliação em saúde mental, incluindo o apoio matricial, sendo desenvolvidos de forma sistemática por instituições governamentais ou de educação e pesquisa, como recomenda a OMS; (2) que boa parte da escassa produção científica acerca da avaliação de políticas e serviços de saúde mental no Brasil é composta por trabalhos descritivos de natureza qualitativa e amplitude regional; (3) que não existe consenso quanto a um conjunto de indicadores que possa ser utilizado para subsidiar parte da avaliação, tal como também recomenda a própria OMS; e (4) que há um conjunto relevante de dados no SNIS providos pelo Datasus, mas que não são rotineiramente utilizados para composição de indicadores; decidimos investir nossos recursos nesta pesquisa, que objetiva, justamente, avançar neste debate. Assim, nos orientamos pelas seguintes questões: como avaliar os dispositivos de integração da assistência especializada em saúde mental com a atenção básica (AM e NASF) no contexto brasileiro? Existem dados provenientes do SNIS que permitam subsidiar a criação de indicadores de monitoramento de nível de implementação e efetividade desses dispositivos?

3. OBJETIVO

3.1. Objetivo geral

Investigar a possibilidade de utilização de dados secundários disponíveis no Sistema Nacional de Informação em Saúde (SNIS/DATASUS) para composição de indicadores úteis na avaliação do apoio matricial em saúde mental.

3.2. Objetivos específicos

- 1) Revisar e discutir o panorama atual sobre a avaliação da assistência em saúde mental no Brasil, no âmbito de serviços e da política de assistência, com enfoque no apoio matricial em saúde mental na atenção básica.
- 2) Identificar possíveis indicadores de saúde mental como parte da avaliação de serviços e políticas de assistência em saúde mental, com enfoque em indicadores de assistência em saúde mental na atenção básica, e no apoio matricial.
- 3) Identificar dados do SNIS/DATASUS, que possam ser utilizados para a elaboração de indicadores de assistência em saúde mental, com enfoque no apoio matricial na atenção básica e no NASF.
- 4) Analisar o comportamento dos indicadores identificados, para cada Região de Saúde que inclua cada respectiva capital de Estado brasileira, ao longo de uma série temporal iniciada em 2014 até a atualidade, buscando identificar diferenças regionais e temporais e elaborar hipóteses para explicá-las.
- 5) Identificar se há algum indicador sensível à implantação da estratégia de apoio matricial em saúde mental e a outros marcos políticos, legais ou macro-contextuais da assistência em saúde mental nos últimos anos.

4. METODOLOGIA

Para o cumprimento dos objetivos pretendidos, desenvolvemos uma pesquisa em três fases: uma primeira fase, descritiva e de natureza qualitativa, de revisão da literatura que subsidiou um levantamento bibliográfico inicial e a elaboração de uma revisão narrativa sobre a avaliação em saúde mental com enfoque no AM na AB; uma segunda fase, de natureza qualitativa e exploratória, baseada em revisão de literatura e em pesquisa documental, para a identificação de dados disponíveis no SNIS que subsidiem a elaboração de indicadores capazes de avaliar e monitorar a implementação e funcionamento do AM em saúde mental (AMSM) na AB; e uma terceira fase, ecológica temporal, de natureza quantitativa, observacional, baseada em dados secundários extraídos do SNIS, selecionados na segunda fase da pesquisa.

4.1. Revisão da literatura

Inicialmente realizamos um levantamento bibliográfico sobre o campo formado pelas áreas do AMSM e do NASF. Nesse levantamento inicial deparamos-nos com uma outra área de conhecimento, relacionada às especificidades do processo avaliativo no campo da saúde mental e da atenção psicossocial, o que nos levou à sua inclusão nos nossos esforços de pesquisa. Nossa pesquisa não se restringiu ao campo delimitado pelas três áreas de interesse, mas também à interface entre cada um dos pares de interação entre as áreas, bem como a toda área de avaliação em saúde no campo da saúde mental em geral, conforme esquematização ilustrada na Figura 1. O levantamento final foi realizado em julho de 2024. Embora uma revisão narrativa não exija a elaboração de um protocolo estruturado de pesquisa e busque a compreensão mais ampla e contextual de um fenômeno, sem a preocupação de responder a questões específicas como ocorre nas revisões sistemáticas (Bernardo; Nobre; Jatene, 2004), seguimos alguns critérios de pesquisa e seleção, os quais descrevemos a seguir.

Utilizamos a ferramenta de busca provida pela Biblioteca Virtual em Saúde, da BIREME/OPAS/OMS. As bases pesquisadas foram a Lilacs e a Medline. Inicialmente foram feitos os seguintes pareamentos de pesquisa, utilizando a identificação de termos livres nos campos de Título, Assunto ou Resumo: (“saúde mental”) AND (“apoio matricial” OR “matriciamento”) e os correspondentes em língua inglesa, (“mental health”) AND (“matrix support”); (“NASF”) OR (“Núcleo de Apoio à Saúde da Família”) OR (“Núcleo Ampliado Saúde da Família”); e (“saúde mental”) AND (“Avaliação em Saúde” OR “Avaliação de

Processos e Resultados em Cuidados de Saúde” OR “Avaliação de Programas e Projetos de Saúde” OR “Pesquisa sobre Serviços de Saúde”).¹ Os pareamentos citados foram posteriormente triangulados, em conjunto. Foram adotados como critérios iniciais de inclusão, que constituíram filtros para a pesquisa, a publicação em formato de artigos científico (com exclusão de dissertações e teses), nos últimos 10 anos (2014 a 2023) e com disponibilidade em texto completo, nos idiomas inglês ou português.

A pesquisa no campo da Avaliação em Saúde Mental (Figura 1) retornou um número muito grande de publicações (milhares), a maioria com avaliações muito específicas de programas em outros países, pouco úteis para nossa pesquisa. Assim, nos restringimos à pesquisa na base Lilacs, que retornou 99 publicações, sendo selecionados 68 estudos para a próxima etapa após exclusões por repetições ou inadequação do objeto de estudo identificadas pela leitura dos títulos. A pesquisa no campo do AM retornou 196 resultados, sendo que quase todos (189) foram selecionados para a próxima etapa. E, no campo do NASF, a pesquisa inicial retornou 450 resultados, mas a maioria também foi excluída, somente pela leitura dos títulos, por se concentrarem em outras áreas temáticas ou em especificidades não relacionadas à avaliação em saúde. Um total de 99 publicações foi, então, selecionado para a próxima etapa.

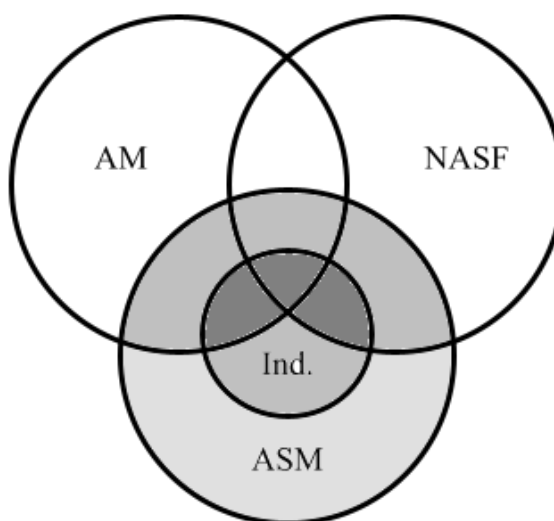
Procedeu-se à leitura de todos os resumos encontrados (algumas publicações, em função da insuficiência de dados nos resumos, tiveram o texto integral lido preliminarmente), visando identificar trabalhos que pudessem auxiliar a responder às perguntas norteadoras desta pesquisa, ou seja, que realizassem alguma forma de avaliação da implementação ou do funcionamento do apoio matricial em saúde mental e/ou do NASF na atenção básica brasileira, ou que pesquisassem o processo avaliativo de programas ou serviços no campo da saúde mental com foco na integração da atenção especializada com a AB. Ao todo, restaram selecionados para a próxima etapa 188 trabalhos.

As publicações foram catalogadas numa planilha, utilizando-se o *software* Microsoft Excel. A planilha foi alimentada com os seguintes dados: tipo e ano de publicação; periódico de publicação; autores; objetivo da pesquisa; tipo de estudo e metodologia empregada; resultados; comentários quanto a características do estudo; e nível de pertinência em relação aos objetivos de nossa pesquisa (não pertinente; pouco pertinente; muito pertinente; ou extremamente pertinente). Os trabalhos duplicados ou classificados como “não pertinentes” foram imediatamente excluídos do estudo; os demais foram selecionados, incluindo estudos

¹ (tais expressões foram extraídos do DeCS/MeSH, um vocabulário estruturado de descritores em Ciências da Saúde igualmente provido pela BIREME a partir de seu correspondente em inglês)

teóricos, revisões de literatura e trabalhos empíricos. Nesta mesma planilha, os estudos foram ainda classificados quanto ao objeto central do estudo (AM, NASF ou se o próprio processo de avaliação em saúde era o objeto principal); quanto ao serviço estudado, se fosse o caso; e quanto à fonte de dados (levantamento documental ou bibliográfico; usuários, trabalhadores apoiadores do AM ou do NASF ou trabalhadores da eSF; e dados secundários e as bases das quais foram extraídos, inclusive os SIS).

Figura 1 - Esquematização do universo de pesquisa



AM: apoio matricial em saúde mental; ASM: avaliação em saúde mental; Ind.: Avaliação em Saúde através do uso de Indicadores; NASF: Núcleo Ampliado de Saúde da Família. A área sombreada corresponde ao universo pesquisado.
Fonte: elaborado pelo autor.

A partir da leitura dos resumos, todos os trabalhos considerados muito ou extremamente pertinentes para o cumprimento dos objetivos desta pesquisa (um total de 35 artigos) tiveram o texto integral lido. Tais estudos foram considerados pertinentes pois: são textos fundacionais do NASF e do AM, e sua relação com processos de integração da atenção em saúde mental na AB; relatam experiências mais estruturadas de avaliação em serviço de saúde mental, do NASF ou do AM, com utilização de métodos mistos ou quantitativos; discutem de forma aprofundada o conceito e o processo de avaliação em saúde mental, do NASF ou do AM; ou discutem o uso de indicadores para avaliação em saúde mental.

Os estudos, lidos e não lidos, foram então classificados em 3 grandes grupos: 1) estudos teóricos sobre fundação, conceito e diretrizes éticas e metodológicas do AM e do NASF; 2) estudos descritivos de avaliação da implementação ou funcionamento do AM em saúde mental ou do NASF, incluindo revisões da literatura; 3) estudos (sejam levantamentos, revisões ou

empíricos) sobre processos de avaliação em saúde com enfoque específico no campo da saúde mental. Os trabalhos do Grupo 1 que já não haviam sido selecionados para leitura foram excluídos. Dentre os trabalhos do Grupo 2 que ainda não haviam sido lidos, foram selecionados: todas as revisões de literatura (narrativas, integrativas e sistemáticas); todos que tivessem abrangência nacional; todos que indicassem algum processo estruturado de avaliação, se não presente no Grupo 3. Todos os trabalhos do Grupo 3 foram lidos integralmente; os trabalhos que se dedicaram ao estudo ou aplicação de indicadores de avaliação, tanto no Grupo 2 quanto no Grupo 3, tiveram esses indicadores anotados. Foram retirados extratos de todos os trabalhos lidos integralmente, com análise temática para reagrupamento dos mesmos e posterior releitura, constituindo material para a elaboração de uma revisão narrativa cujo texto se encontra distribuído entre as seções de introdução e resultados desta dissertação.

Especificamente para o segundo objetivo (identificar possíveis indicadores de saúde mental como parte da avaliação de serviços e políticas de assistência em saúde mental, com enfoque em indicadores de assistência em saúde mental na atenção básica), utilizou-se da mesma metodologia acima descrita, com a extração de indicadores que eventualmente foram propostos ou utilizados em processos avaliativos no campo da saúde mental. Também realizamos um levantamento na literatura, na mesmas bases e ferramenta de busca citadas anteriormente, utilizando uma camada adicional de pesquisa, com os seguintes termos livres e operadores nos campos de Título, Assunto ou Resumo: (“saúde mental”) OR (“apoio matricial” OR “matriciamento”) OR (“NASF” OR “Núcleo de Apoio à Saúde da Família” OR “Núcleo Ampliado Saúde da Família”) AND (“indicadores” OR “indicador”); a mesma pesquisa foi repetida com os correspondentes em língua inglesa (círculo mais central, na Figura 1). Dentre os trabalhos que ainda não haviam sido selecionados nas etapas anteriores, após a exclusão de artigos que não se referissem a processos avaliativos em saúde e aos campos da APS e da saúde mental, todos os resumos foram lidos.

Ainda para o segundo objetivo, analisamos os instrumentos de avaliação externa do PMAQ, em seus três ciclos de aplicação (Brasil, 2012b, 2013, 2017c); e o informativo técnico sobre os indicadores de pactuação interfederativa (Bahia, 2017), uma vez que se tratou das únicas iniciativas governamentais que buscaram identificar e monitorar indicadores para a área da saúde mental.

4.2. Levantamento exploratório

Uma outra etapa da pesquisa envolveu a pesquisa pelos Sistemas de Informação (SIS) vigentes no SNIS, em especial aqueles definidos para o lançamento de procedimentos de assistência nos diferentes pontos da RAPS, inclusive a APS; e aqueles com potencial para detectarem possíveis desfechos clínicos ou sanitários em saúde mental, conforme levantamento bibliográfico prévio. Para a identificação dos SIS pertinentes para este trabalho valemo-nos da pesquisa em fontes oficiais do governo, inclusive as portarias de regulamentação do funcionamento dos serviços pertencentes à RAPS e dos diferentes Sistemas (Brasil, 2011, 2012, 2013, 2017a, 2017b), além da busca na literatura científica a partir do levantamento já previamente realizado. Também nos valem de uma pesquisa na plataforma Google Acadêmico, com os descritores “sistemas de informação em saúde”, “Brasil” e “brasileiros”. Um trabalho de destaque foi o Neto e Chioro (2018) que, a partir de revisão de literatura e ampla análise documental, além de levantamento com solicitações formais aos setores de informática de órgãos governamentais, lista todos os SIS nacionais em funcionamento até 2018. Os manuais de operação e a interface de uso dos referidos sistemas também foram estudados (Brasil, 2009, 2015, 2023a, 2023b), com identificação de todas as potenciais categorias de dados concernentes à assistência em saúde mental e aos desfechos a ela relacionados (por exemplo, frequência de atendimentos individuais executados por psicólogo, ou frequência de atividades coletivas com temática em saúde mental desenvolvidas pelas eSF, ou frequência de ações de matriciamento em saúde mental executadas na AB pelas equipes do CAPS). Tais dados foram anotados e em seguida, utilizando-se das interfaces de pesquisa de cada sistema, pesquisas preliminares, com algumas das unidades de análise previstas, foram realizadas a fim de avaliar a viabilidade da pesquisa e a consistência dos dados retornados. Assim, selecionamos os seguintes SIS para realização de coleta de dados e prosseguimento da pesquisa: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES; e-Gestor APS; Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB; Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA.

O CNES é o Sistema utilizado para cadastro de toda a capacidade física instalada, de qualquer estabelecimento de saúde, bem como dos profissionais e equipes a eles vinculados. É o principal sistema a fornecer, em nível agregado por território, informações quantitativas sobre a estrutura de saúde disponível num determinado local e momento. Em nossa pesquisa, para a composição da série temporal com dados do CNES, realizamos a extração referente ao mês de julho, para cada ano da série. Utilizamos, para a pesquisa e extração dos dados, a plataforma Tabnet do DATASUS (Brasil, 2015).

O e-Gestor APS e o SISAB são subsistemas inseridos na Estratégia e-SUS APS, regulamentada em 2013, que “faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico (e-SUS)” (Brasil, 2023b). O e-SUS APS é composto de alguns softwares de coleta de dados, que incluem: o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), um sistema de prontuário eletrônico que concentra todas as informações de utilização do SUS individualizadas a partir do número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) ou do Cadastro de Pessoa Física (CPF); o Sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS), um sistema de transição alimentado por meio de fichas, com menos informações que o PEC, sendo mais adequado para unidades com limitações de recursos de informática e acesso à internet; e o e-SUS Território, e-SUS Atividade Coletiva e e-SUS Vacinação, aplicativos móveis e offline que auxiliam os profissionais na coleta de dados no território, em atividades coletivas e de vacinas aplicadas pela equipe fora da unidade básica de saúde, respectivamente. O sistema também permite a coleta por softwares próprios desenvolvidos ou contratados pelos municípios, sendo alimentado por processos de integração.

Tais dados, que devem ser gerados, obrigatoriamente, por todas as equipes atuantes na APS, e enviados pelos gestores locais ao SISAB, a cada competência (mensal), incluem o quantitativo de todos os cadastros e procedimentos realizados no âmbito da AB, sendo utilizadas, após processos de validação, para composição do financiamento da APS pelo MS. Elas também serão armazenadas e disponibilizadas, de forma agregada, por equipe, UBS ou território, nos sistemas e-Gestor APS, para gestores de saúde (que também fornece alguns relatórios públicos); e SISAB, inteiramente público. É importante destacar que SISAB, portanto, não contém dados individuais, nem mesmo anonimizados, dos usuários do SUS. Suas informações se relacionam a dados de cadastro e especialmente produção das equipes de APS, que são agregados por unidade geográfica e temporal. Utilizamos alguns dos relatórios públicos disponibilizados pelo e-Gestor APS e a interface de pesquisa disponibilizada pelo SISAB para pesquisa e extração dos dados de produção da APS, considerando as unidades de análise e a série temporal previstas em nossa pesquisa (Brasil, 2023c).

O SIA é o Sistema utilizado para consolidação de toda a produção ambulatorial em saúde no país, sendo alimentado por diversos softwares. Sua importância na avaliação em saúde mental decorre do fato de que toda a produção realizada por CAPS, bem como parte da produção realizada em serviços hospitalares (cadastrados, também, como serviços de atenção psicossocial e que ofertam outros procedimentos que não a internação) e serviços ambulatoriais é enviada para este Sistema. Incluímos o estudo do SIA neste trabalho em função da existência

de procedimentos realizados nos CAPS, alimentados pelos softwares de captação de dados RAAS-Psi e BPA-C, que se referem à integração de ações entre as equipes dessas unidades e equipes da AB. Utilizamos a plataforma Tabet para a pesquisa e extração dos dados (Brasil, 2015).

A próxima etapa envolveu, então, a extração e armazenamento dos dados identificados como pertinentes para subsidiar a construção de indicadores de assistência em saúde mental, com enfoque no monitoramento da implementação e efetividade do apoio matricial em saúde mental na atenção básica, para cada uma das unidades de análise previstas, e ao longo de uma série temporal (entre 2014 e 2023). A caracterização desses dados encontrar-se-á descrita na seção de resultados deste trabalho. As unidades de análise foram as 27 Regiões de Saúde que incluem as capitais de Estado e o Distrito Federal. Sua escolha baseou-se na premissa de que a implantação do apoio matricial se encontra em estágio mais avançado nos locais de maior concentração de capital administrativo, político, econômico e científico, o que normalmente coincide com as capitais de Estado. Um outro recorte possível seria o de municípios mais populosos, contudo, neste caso, haveria um predomínio de municípios da região Sudeste, em detrimento de locais muito menos estudados das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (Onocko Campos *et al.*, 2020); desta forma, priorizamos a variabilidade regional.

Igualmente, a escolha da Região de Saúde enquanto unidade de estudo (e não as capitais, somente) se deve ao fomento estatal de regionalizar a assistência em saúde em torno desse arranjo organizacional. As RS são formadas por municípios fronteiriços que compartilham identidades culturais, econômicas e sociais, redes de comunicação e infraestrutura de transportes. A finalidade dessas regiões é integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde, com a conformação de redes temáticas em saúde (RAS), incluindo a RAPS (Viana *et al.*, 2018). O Quadro 1 sintetiza todas as RS que se constituíram enquanto unidades de análise de nosso trabalho.

Os dados foram armazenados em planilhas utilizando-se o software Microsoft Excel, e em seguida foram processados a fim de construir potenciais indicadores. Para tanto, todas as categorias de dados foram convertidas em numeradores, para construção de coeficientes a partir de uma base/denominador populacional; ou numeradores e denominadores para a construção de razões ou proporções entre dados. Em nosso estudo, com exceção da cobertura pela atenção básica ou por uma eSF, que foi baseada na população residente de cada RS, em cada ano, todos os demais coeficientes foram baseados na população adscrita à AB - o que serviu como um elemento de padronização das RS em função da cobertura da população por eSF/AB. Até 2017

foi utilizada a cobertura populacional por eSF, fornecida pública e diretamente pelo Sistema e-Gestor APS (Brasil, 2021). Após 2017, com a publicação da nova PNAB e que vigora até a atualidade, foram criadas as equipes de atenção básica (eAB), alvo de críticas por serem consideradas componentes de um modelo “concorrente” da Saúde da Família (Mattos; Gutiérrez; Campos, 2022), inclusive com a prerrogativa de receberem apoio do NASF, antes restrito às eSF. Neste caso, até 2020 utilizamos a cobertura populacional por AB, igualmente fornecida pelo Sistema e-Gestor; e de 2021 em diante, com a mudança na metodologia de cálculo da cobertura e divulgação oficial, passamos a utilizar os dados de Cobertura Potencial da APS, também divulgados pelo mesmo Sistema.

Com relação às estimativas populacionais para que se determinasse a população adscrita, até o ano de 2021 foram utilizados os dados fornecidos pelo Tribunal de Contas da União para determinação das cotas do Fundo de Participação dos Municípios, disponibilizadas na plataforma Tabnet (Brasil, 2015); para os anos de 2022 e 2023 foram utilizados os dados preliminares do Censo Demográfico de 2022, disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022).

Considerando a natureza pesquisa, que envolve a assistência em saúde mental a pessoas que qualquer idade, sem recorte de gênero; e que o objeto de estudo da pesquisa refere-se a dispositivos de saúde para organização da assistência à população, e não diagnósticos ou situações de saúde específicas, decidimos por não padronizar os dados populacionais.

Quadro 1. Regiões de Saúde em que estão inseridas as capitais dos 26 Estados e o Distrito Federal

Região	Estado/DF	Região de Saúde
Centro-oeste	Distrito Federal	Distrito Federal (DF)
	Goiás	Central (GO)
	Mato Grosso	Baixada Cuiabana (MT)
	Mato Grosso do Sul	Campo Grande (MS)
Norte	Acre	Baixo Acre e Purus (AC)
	Amapá	Área Central (AP)
	Amazonas	Manaus, Entorno e Alto Rio Negro (AM)
	Pará	Metropolitana I (PA)
	Rondônia	Madeira-Mamoré (RO)
	Roraima	Centro Norte (RR)
	Tocantins	Capim Dourado (TO)

Quadro 1. Regiões de Saúde em que estão inseridas as capitais dos 26 Estados e o Distrito Federal

Região	Estado/DF	Região de Saúde
Nordeste	Alagoas	1ª Região de Saúde (AL)
	Bahia	Salvador (BA)
	Ceará (CE)	1ª Região Fortaleza (CE)
	Maranhão (MA)	São Luís (MA)
	Paraíba (PB)	1ª Região Mata Atlântica (PB)
	Pernambuco (PE)	Recife (PE)
	Piauí (PI)	Entre Rios (PI)
	Rio Grande do Norte (RN)	7ª Região de Saúde - Metropolitana (RN)
	Sergipe (SE)	Aracaju (SE)
Sudeste	Espírito Santo	Metropolitana (ES)
	Minas Gerais	Belo Horizonte/ Nova Lima/ Santa Luzia (MG)
	Rio de Janeiro	Metropolitana I (RJ)
	São Paulo	São Paulo (SP)
Sul	Paraná	2ª RS Metropolitana (PR)
	Rio Grande do Sul	Região 10 - Capital e Vale do Gravataí (RS)
	Santa Catarina	Grande Florianópolis (SC)

Fonte: elaborado pelo autor.

4.3. Análise estatística descritiva e inferencial

Finalmente, então, procedemos à análise estatística dos dados. Primeiramente, foi realizada análise descritiva do comportamento de cada um dos indicadores, em todas as Regiões de Saúde que incluíam as capitais, ao longo da série temporal iniciada em 2014, por medidas de posição, tendência central e dispersão. Os dados tiveram a normalidade avaliada pelo teste de Shapiro-Wilk. Posteriormente, os indicadores foram classificados, de acordo com a concepção donabediana de avaliação, já discutida na seção introdutória desta dissertação, em indicadores de estrutura, processo e desfecho.

Na parte inferencial foram realizadas duas análises: uma entre os indicadores de estrutura, tomados como variáveis independentes, e indicadores de processos, tomados como variáveis dependentes; e outra entre os todos os indicadores de estrutura e processo, tomados nessa segunda análise como variáveis independentes, e os indicadores de desfecho, tomados como variáveis dependentes. Os dados foram utilizados para composição de uma matriz de correlação entre todas as variáveis utilizadas na análise, conforme descrito em Ayres *et al.* (2007); e passaram pelo teste VIF (Variance Inflation Factor) para avaliação de multicolinearidade e composição de modelos de regressão múltipla em painel. Assim, cada variável dependente selecionada (ou seja, as de processo e posteriormente as de desfecho) foi

analisada para avaliar a capacidade de predição das variáveis independentes. A relação entre as variáveis dependentes e independentes foi avaliada pela Regressão em Pannel (Hsiao, 2003; Chuang, 2011). Os dados em painel têm uma estrutura bidimensional, com a dimensão "N" representando as unidades de análise (as 27 Regiões de Saúde) e a dimensão "T" representando os diferentes períodos de tempo (cada ano de 2014 até 2023). Os dados passaram pelo teste de Hausman para determinação do modelo de regressão mais adequado (modelo de efeitos aleatórios, o qual assume que as características não observadas são aleatórias e não correlacionadas com as variáveis explicativas, ou modelo de efeitos fixos). Foi previamente fixado erro alfa em 5% para rejeição de hipótese nula e o processamento estatístico foi realizado nos programas BioEstat versão 5.3 e STATA release 17.

A análise descritiva objetivou a avaliação de níveis de implementação diferentes entre as diferentes RS, ao longo da série temporal, bem como a correlação com marcos históricos relacionados à política de saúde mental, de AB e de AM, no período. A análise inferencial pretendeu, a partir de diferenças entre as unidades de análise ao longo do tempo, estabelecer correlações entre os grupos de indicadores (estrutura, processo e resultado) e determinar se eles seguem um padrão previsível que responda à segunda questão que norteia nossa pesquisa: existem dados provenientes do SIS que permitam subsidiar a criação de indicadores de monitoramento de nível de implementação e efetividade desses dispositivos?

Finalmente, os resultados obtidos nas três fases da pesquisa foram enfim triangulados para subsidiar a discussão em torno das perguntas norteadoras da pesquisa, conforme esquema na ilustrado na Figura 2.

4.4. Aspectos éticos

A pesquisa utilizou-se somente de dados já disponibilizados em bases de domínio público e irrestrito (Tabnet/DATASUS, e-SUS APS e IBGE) e que já se encontram consolidados de maneira ecológica, agregada, sem apresentar dados de identificação de quaisquer sujeitos. Portanto, considerando-se que não há sujeitos e riscos envolvidos na realização da pesquisa, a pesquisa não foi submetida a um Comitê de Ética em Pesquisa.

5. RESULTADOS

Apresentaremos os resultados de cada fase da pesquisa (revisão bibliográfica, levantamento de indicadores e extração e análise de dados) separadamente.

5.1. Revisão de literatura

Boa parte da revisão narrativa elaborada já se encontra sintetizada na seção introdutória deste trabalho. À seguir procuramos detalhar as características da produção nacional em torno da temática de avaliação no campo da saúde mental, e especificamente da estratégia de integração da assistência em saúde mental na APS - o AM, operacionalizado ou não pelo NASF.

Antes, deve-se mencionar que, a partir de 2020, há um robusto conjunto de pesquisas, relacionadas tanto ao AM quanto ao NASF, que procuraram estudar os impactos da pandemia covid19 na dinâmica de funcionamento das eAM (inclusive NASF) e eSF, e da prática de apoio. Tais trabalhos, por sua especificidade, não foram considerados em nossa pesquisa. De modo geral, definimos três eixos de estudos: 1) aqueles que estudaram, especificamente, o dispositivo de apoio matricial; 2) aqueles que estudaram, especificamente, o NASF, o que inclui, porém não exclusivamente, o estudo do AM; e 3) aqueles que estudaram o processo de avaliação em saúde mental em preceitos mais amplos, sem especificar o NASF ou o AM como objetos exclusivos da pesquisa.

5.1.1. Estudos sobre o Apoio matricial em Saúde Mental

A grande maioria dos estudos neste campo é composta por estudos de caso, de natureza descritiva (alguns poucos exploratórios, para investigar questões específicas quanto à prática matricial), transversal e qualitativa; os métodos de coleta de dados mais utilizados nessas pesquisas são entrevistas semiestruturadas ou abertas e grupos focais, eventualmente utilizados de forma combinada; outros métodos comuns incluem a observação livre ou observação participante (combinadas ou não com entrevistas ou grupos) e a cartografia. Os dados gerados são analisados, principalmente, por técnicas de análise temática ou método comparativo constante.

Nesses estudos, o principal campo de pesquisa é uma UBS, ou um conjunto relativamente restrito de UBS, revelando sua natureza local; e os principais sujeitos da pesquisa

são os profissionais envolvidos na prática matricial, havendo, igualmente, um predomínio de profissionais lotados na AB. São profissionais da eSF (enfermeiros, agentes comunitários de saúde (ACS) e médicos, e mais raramente técnicos de enfermagem) e recepcionistas das UBS, com eventual recorte por categoria profissional, e apoiadores matriciais, normalmente vinculados a equipes do NASF (e eventualmente também recortados por categoria, especialmente psicólogos). Há trabalhos que envolvem profissionais matriciadores dos CAPS, mas em menor número; assim como também há aqueles que não identificam uma equipe ou dispositivo ao qual o apoiador é vinculado. Há pesquisas que estudam, exclusivamente, os apoiados ou os apoiadores; assim como há desenhos que incluem apoiados e apoiadores, eventualmente com participação conjunta durante a pesquisa. O número aproximado de sujeitos varia bastante, sendo que na maioria dos estudos está entre 5 e 20 trabalhadores; alguns têm números maiores, como 40 ou mesmo mais que 100 indivíduos. Poucos estudos envolvem a participação de gestores. O número de pesquisas que incluem usuários é mínimo.

Como já discutimos, um dos grandes desafios das pesquisas qualitativas é fornecer resultados em torno de categorias de análise e parâmetros homogêneos, que permitam generalizações e comparações. Tal aspecto fica nítido na extração dos resultados dos trabalhos nesse campo, compostos por uma enorme diversidade de conteúdos. De todo modo, grosseiramente, é possível reuni-los em três grandes categorias:

- a) compreensão e percepção dos sujeitos pesquisados acerca do AM: nesta categoria prevalece a ideia de que os trabalhadores, especialmente os profissionais apoiados, das eSF (mas também apoiadores, em menor grau) têm concepções imprecisas ou equivocadas tanto sobre o conceito quanto sobre a prática do AM; frequentemente são detectadas resistências aos pressupostos éticos que definem ao AM.
- b) Dificuldades na implementação e execução da estratégia e na prática cotidiana: são referidos inúmeros obstáculos, relacionados tanto à imprecisão dos trabalhadores quanto ao conceito e metodologia do AM quanto às dificuldades e resistências dos trabalhadores com o campo específico da saúde mental. A dificuldade mais citada é a falta de capacidade e formação técnica dos profissionais das eSF para a assistência em saúde mental, o que impossibilitaria, na percepção desses profissionais, o trabalho com pacientes em sofrimento mental. A falta de qualificação para o trabalho na lógica matricial é também frequentemente citada, tanto por apoiados quanto apoiadores, com referência à deficiência na formação das categorias para a prática da clínica ampliada, com uso de recursos exteriores ao seu núcleo específico de formação, e para trabalho

colaborativo em equipe interdisciplinar. O estigma contra o portador de sofrimento mental ou emocional, bem como ao usuário de substâncias, e o predomínio da noção de que esses pacientes devem ser tratados em ambiente hospitalar ou mesmo institucionalizados também é descrito como um fator dificultador, especialmente pelos apoiadores; eles também citam a hegemonia do modelo biomédico, com foco em ações individuais e curativas, por razões pessoais, culturais locais ou históricas. Diversos outros fatores são mencionados, como falta de infraestrutura física, falta de apoio da gestão para garantir espaços protegidos de encontro entre as equipes, insuficiência da RAS ou dificuldades para acessar outros níveis de assistência, sobrecarga de trabalho, falta de tempo e pressão assistencial por atendimentos individuais, resistências ou mesmo boicote de parte das equipes, inclusive por problemas de relacionamento interpessoal, etc.

- c) Efeitos percebidos ou potenciais do AM na prática cotidiana da AB: são citados diversas efeitos percebidos subjetivamente pelos atores ou referidos como potencialmente existentes a partir da reflexão suscitada pela pesquisa, tanto por apoiados como apoiadores, entre eles: maior oferta de assistência especializada na APS, tanto individual quanto coletivamente; a melhora na comunicação entre as equipes, prática de trabalho coletivo e a criação de vínculos positivos de trabalho; o compartilhamento de casos e de responsabilidades e a possibilidade de divisão da carga e estresse, inclusive emocional, relacionada ao trabalho com populações vulneráveis e às dificuldades a ele inerentes; o compartilhamento de conhecimentos e o aprendizado técnico e ampliado concernente à área da saúde mental, com a possibilidade de realizar reflexões aprofundadas neste campo; o aumento da capacidade resolutiva das eSF e de realização de assistência integral aos usuários; a redução ou qualificação dos encaminhamentos aos serviços especializados e o aumento na articulação intersetorial e dentro da RAS; a maior resolutividade da assistência prestada no contexto local, etc.

As pesquisas de vertente participativa, ao colocarem o trabalhador como protagonista do processo avaliativo, acabam dando ênfase às dimensões mais concretas e pragmáticas da sua prática, o que de fato pôde ser constatado pela grande relevância com a qual a dimensão das dificuldades de implementação e execução da estratégia ocupa na literatura. Por outro lado, a prática cotidiana do trabalho, incluindo as ações e os recursos, estratégias e tecnologias que são utilizados diariamente pelos trabalhadores para que dele emerja o trabalho assistencial e de colaboração entre as equipes, diferente, em qualquer nível que seja, da mera assistência

especializada baseada em referência e contrarreferência, é pouco explorada pelos estudos avaliados, especialmente se considerados apenas as pesquisas de campo, empíricas. De fato, a percepção subjetiva dos atores com relação ao objeto de estudo, o AM, e o debate em torno de seus pressupostos éticos e epistemológicos é muito mais valorizado na literatura do que os aspectos metodológicos do AM, e como eles seriam adaptados e aplicados em cada contexto.

Esta é uma lacuna notável, que inclusive é destacada nos estudos de revisão pesquisados (Dantas, Oda, 2014; Gonçalves, Peres, 2018; Mafisconi *et al.*, 2018; Neves, Dantas, 2019; Saraiva, Zepeda, Liria, 2020; Treichel, Onocko Campos, Campos, 2019; Wenceslau, Ortega, 2015). De toda forma, especialmente se considerados os estudos de revisão, são citadas como práticas cotidianas concernentes ao AM: discussões sobre a luta antimanicomial, o processo de reforma psiquiátrica, a atenção psicossocial e a RAPS; reuniões entre as equipes com foco na discussão sobre processos de trabalho e na discussão de casos, com eventual construção de projetos terapêuticos singulares para os usuários mais complexos; atendimentos compartilhados, na unidade ou em domicílio, entre diferentes membros de ambas equipes (eSF e eAM), bem como a realização compartilhada de atividades coletivas com usuários; discussões de caso com outros serviços da RAPS e na rede intersetorial.

Considerando especialmente o recorte dos estudos de revisão sobre o AM, emerge ainda uma quarta categoria temática, que acaba diluída nos trabalhos empíricos: os fatores que seriam favorecedores para a prática do trabalho colaborativo conformada aos pressupostos do AM. São citados: suporte da gestão para garantir espaços protegidos de encontro e apoiar as ações compartilhadas; disponibilidade e acessibilidade dos profissionais, com uso de ferramentas ágeis de comunicação, além de composição completa e estável das eSF e eAM; relações interpessoais positivas entre os profissionais; perfil adequado dos trabalhadores, em ambas equipes, para trabalho sob lógica colaborativa, e capacitação permanente dos mesmos; ações de educação permanente em saúde mental; definição clara de critérios, fluxos e responsabilidades no manejo dos casos e no provimento das ações assistenciais; acesso a RAS e redes interssetoriais robustas.

Por fim, há um número relevante de artigos de revisão, sistemática ou narrativa, que em geral acabam convergindo para achados semelhantes aos aqui apresentados. Alguns desses trabalhos revisam as pesquisas de natureza teórica ou exploratória buscando discutir o conceito e as bases epistemológicas do AM, seu processo histórico de conformação no SUS e os preceitos éticos e metodológicos que o sustentam. Seus resultados já foram amplamente apresentados na introdução desta dissertação. De modo geral, a pesquisa nesse campo identifica

que o apoio matricial é percebido como positivo pelos atores pesquisados, quer sejam, os trabalhadores apoiadores e apoiados e os gestores, apesar das dificuldades. Já a percepção geral dos pesquisadores é de que, apesar dos nítidos avanços na direção de uma clínica ampliada e de um cuidado mais colaborativo e compartilhado, ainda predomina uma prática assistencial baseada em atendimentos individuais e com foco curativo, sendo o matriciamento convertido apenas num processo um pouco mais qualificado de gestão de fluxo e agenda do que a fila de espera, e cujo recurso maior (e muitas vezes único) é a reunião de matriciamento, um encontro periódico entre alguns membros das equipes de eSF e especialistas para a negociação desse fluxo.

Em função de sua importância para os objetivos de nosso trabalho, destacamos pesquisas que se utilizaram de metodologias de natureza quantitativa. Para o estudo do AM, especificamente, identificamos dez estudos, sendo que seis deles foram baseados na análise de dados secundários do PMAQ-AB. Destes, quatro não se detiveram especificamente no estudo do apoio matricial, mas sim em características organizacionais e assistenciais que, sumariamente, se relacionam ao mesmo. Detalhamos a seguir.

Os dados secundários que compõem o banco do PMAQ foram construídos durante a fase de avaliação externa, sendo que esta era realizada através de visitas de avaliadores às UBS e da aplicação de questionários aos trabalhadores da AB. Parte destas respostas, juntamente com a observação dos avaliadores, subsidiava o monitoramento de indicadores definidos nas fases anteriores do programa, com posterior certificação das equipes aderentes. A partir desta certificação, os municípios poderiam receber incentivos financeiros, sendo feitas pactuações em torno de metas para a fase de reconstrução financeira, além de proposições para os ciclos futuros de avaliação. Ao longo da existência do programa foram realizados três ciclos de avaliação externa (2011/2012, 2013/2014 e 2016/2018). Parte das críticas ao programa aponta as sucessivas mudanças nos instrumentos de avaliação, inclusive nos questionários e nos indicadores monitorados, comprometendo a capacidade de avaliação longitudinal de um determinado aspecto da atenção. Além disso, muitos autores questionam a validade do instrumento e dos indicadores elaborados. Por fim, aponta-se o inevitável viés do programa, pois a adesão das equipes foi voluntária, levando, portanto, a um viés amostral (cerca de 50% das equipes de todo o país aderiram); e o incentivo financeiro poderia influenciar as respostas das equipes conforme características alheias ao objeto de avaliação do programa, como a maior ou menor proximidade à gestão (Dimenstein, Macedo, Silva, 2023; Fagundes, Campos, Fortes, 2021; Lima *et al.*, 2021; Sanine, Silva, 2021; Vieira, Machado, Nogueira, 2021).

Especificamente em relação ao AM, o questionário destinado aos trabalhadores incluía um módulo de apoio matricial. Nele buscava-se identificar se era realizado algum apoio, em quais áreas (incluindo a saúde mental) e quais ações eram desenvolvidas pelos matriciadores (com resposta dicotômica, sim ou não, para ações previamente determinadas no questionário, a saber, consultas clínicas, discussão de casos, ações clínicas compartilhadas, construção de PTS, EPS, discussão sobre processo de trabalho, ações territoriais e visitas domiciliares), além da determinação da frequência e do registro documental destas ações. Já em relação à área da saúde mental, havia também um módulo específico que buscava identificar como era realizada a assistência à população com transtorno mental, avaliando como se dava o atendimento à clientela (se havia agendamento para qualquer dia ou horário da semana, ou se havia dias e/ou horários específicos); qual o tempo de espera para agendamento; se havia alguma estratégia específica para o cuidado (como consulta agendada com tempo maior, registro da história de vida, oferta de atendimento em grupo ou oferta de atendimento com especialista); se a equipe recebeu alguma preparação para o atendimento em saúde mental; e se havia registro dos usuários mais graves ou que tivessem problemas decorrentes do uso de álcool, crack, outras drogas ou benzodiazepínicos. Ambos os módulos sofreram mudanças ao longo dos ciclos de avaliação, sendo simplificados. Por outro lado, alguns dos itens referentes ao AM acabaram sendo transferidos para o módulo direcionado aos trabalhadores do NASF, presente somente no último ciclo de avaliação.

Os dois trabalhos que se detiveram especificamente ao estudo do matriciamento em saúde mental (Fagundes, Campos, Fortes, 2021; Sobrinho *et al.*, 2014) analisaram, justamente, o módulo de apoio matricial do questionário aplicado no primeiro ciclo de avaliação externa do PMAQ, e se valerem dos seguintes desfechos para análise: em um, a própria certificação em saúde mental obtida pela equipe foi convertida na variável dependente de análise; no outro, foram definidos, a partir da resposta a outros módulos do questionário (incluindo o módulo de saúde mental), níveis de qualificação para assistência em saúde mental. Em ambos, as ações de discussão de casos, de ação clínica compartilhada (como consulta conjunta ou visita domiciliar conjunta) e a construção conjunta de projetos terapêuticos foram as que mais fortemente se correlacionaram com desfechos positivos na assistência em saúde mental. Um dos estudos identificou que as intervenções em território também tiveram correlação positiva com uma certificação favorável, enquanto o outro identificou as ações de educação permanente como igualmente relevantes.

Os outros quatro trabalhos citados não se detêm ao módulo de apoio matricial, até mesmo porque analisam dados dos outros ciclos de avaliação externa do programa, quando este módulo acabou muito simplificado. Por outro lado, se debruçam sobre outras questões organizacionais das equipes, diluídas em outros módulos do questionário, que se relacionam ao AM e/ou mantém aspectos assistenciais da área da saúde mental como variáveis de análise. Um dos trabalhos, utilizando o modelo de resposta gradual da teoria da resposta ao item (Rocha *et al.* 2018), analisou todos os itens do questionário que se relacionam com a saúde mental e buscou determinar aqueles que mais avaliavam a capacidade de oferta de cuidados em saúde mental pela equipe. Os resultados indicam que programar a agenda de acordo com a estratificação de risco, manter registro dos casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico e ofertar algum atendimento em grupo (inclusive ações educativas e de promoção de saúde mental) foram os itens com maior capacidade de discriminação entre uma oferta mais ou menos qualificada de assistência em saúde mental pelas equipes aderentes.

Os outros dois trabalhos avaliam itens concernentes à estrutura disponível para a oferta de assistência em saúde mental pelas eSF (como disponibilidade de especialistas, dispensação de psicofármacos na farmácia, existência ou não de AM do NASF ou do CAPS, percepção das equipes acerca de sua capacidade para prestar tal assistência, vínculo trabalhista e estabilidade dos profissionais da eSF, existência de espaço físico para atendimento com privacidade, entre outros) e a correlacionam com o grau de qualidade da assistência na área, determinado a partir de itens diluídos ao longo do questionário. Um dos trabalhos analisou os dados do segundo ciclo de avaliação externa (Gerbardo *et al.*, 2018), enquanto o outro se deteve sobre os dados do terceiro ciclo (Sanine, Silva, 2021). Ambos identificam uma qualidade assistencial, em geral, ruim (sendo o resultado do segundo ciclo pior que o do terceiro), com uma minoria de equipes ofertando ações qualificadas de assistência em saúde mental de forma ampla. Os trabalhos concluem que há uma correlação entre o nível de estruturação das UBS e a qualidade da assistência, mas apenas parcial.

O quarto estudo (Lima *et al.*, 2021), utilizando dados do segundo ciclo de avaliação, faz um trabalho semelhante ao identificar, por técnicas de consenso (método Delphi),² itens concernentes à estruturação da APS, a partir dos atributos de longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado e sua correlação com a qualidade assistencial em saúde mental prestada pelas equipes. Os resultados corroboram os encontrados nos dois trabalhos anteriores, com o

² Método de pesquisa que se utiliza de rodadas sucessivas de aplicação de questionários estruturados a um painel de especialistas sobre um determinado tema visando obter um consenso em torno do mesmo.

destaque de que um nível maior de estruturação, embora leve a uma melhora na qualidade assistencial detectada, esta não ocorre na proporção esperada.

De modo geral, pode-se sintetizar todos os trabalhos identificam que apoio matricial, em especial as ações que envolvem maior interação entre equipes, como construção conjunta de projetos terapêuticos, discussões de caso, ações clínicas compartilhadas e educação permanente; e aspectos concernentes à estruturação e organização das UBS e das eSF afetam positivamente a qualidade da assistência em saúde mental prestada pelas equipes de APS. Contudo, identificam também que tal qualidade é, na média, ruim, havendo uma enorme heterogeneidade ao longo do território; e que os aspectos de estrutura e organizacionais, igualmente, se distribuem de forma muito desigual pelo país.

Por fim, quatro trabalhos de natureza quantitativa avaliaram o AM sem utilizar dados do PMAQ-AB, sendo que um utilizou dados secundários do SNIS, dois valeram-se de inquéritos aplicados nas UBS pesquisadas e um analisou dados de prontuário num estudo de coorte dinâmica. No primeiro (Godoi *et al.*, 2020), os autores analisaram dados do SIA-SUS e do CNES e identificaram heterogeneidades na realização de matriciamento em saúde mental pelos CAPS, entre as regiões administrativas em saúde do município de São Paulo, identificando também uma correlação positiva forte com o número de procedimentos de atendimento individual realizados por psicólogo; e negativa forte com o mesmo procedimento realizado por psiquiatra. Contudo, avaliamos que os resultados são frágeis, uma vez que nenhuma das correlações (exceto a correlação positiva com procedimentos de psicólogos numa única regional) foi estatisticamente significativa.

Os dois trabalhos que aplicaram inquéritos diferiram quanto ao objeto de estudo, sendo que um pesquisou os matriciadores do município de Campinas e o outro pesquisou as eSF em um amplo inquérito telefônico com UBS de todo o estado de São Paulo. O primeiro (Castro, Oliveira, Campos, 2016) encontra uma prática matricial consolidada (Campinas foi pioneira em adotar a estratégia no cenário nacional), com predomínio da área da saúde mental, e identifica algumas fragilidades, como a baixa carga horária dos matriciadores e o elevado número de equipes apoiadas por cada equipe apoiadora. O segundo (Pupo *et al.*, 2020) identifica muitas fragilidades no cuidado em saúde mental ofertado pelas equipes, com abordagem limitada à perspectiva biomédica, sendo a renovação de receitas a principal ação realizada; baixa proatividade na detecção e acompanhamento dos casos; e uso restrito de tecnologias como o AM, o PTS e a articulação intersetorial. O estudo também identifica melhoria da qualidade do cuidado em saúde mental ante a presença de profissionais especializados na UBS.

O último estudo (Saraiva *et al.*, 2020a), realizado do Florianópolis, utilizou dados de prontuário em uma coorte dinâmica, em que sujeitos podiam entrar e sair da amostra a todo momento, analisando dados de prontuário para identificar, nos registros das consultas médicas, a inserção de diagnóstico de transtornos mentais e de prescrição de tratamento medicamentoso para transtornos depressivos e ansiosos. Assim, o estudo estimou as taxas de detecção de transtornos mentais, bem como as proporções de pacientes em tratamento farmacológico para depressão e ansiedade (o tratamento psicoterápico não foi incluído como um desfecho por não ser rotineiramente disponível) e correlacionou-se tais desfechos à existência ou não de AM na unidade, ao longo de uma série temporal de dez anos (período no qual o arranjo de apoio sofreu uma modificação após a instituição do NASF, o que também foi considerado no estudo). O estudo identifica que na fase inicial da série, quando existia AM prestado por equipes especializadas de saúde mental não vinculadas ao NASF, os desfechos melhoraram; após a absorção dessas equipes pelo NASF, ocorre uma piora em ambos os desfechos, havendo a hipótese de que o apoio na área específica em saúde mental acabou reduzido e diluído entre as demais atribuições do NASF.

5.1.2. Estudos sobre o NASF

Há uma grande convergência entre os trabalhos que têm o AM ou o NASF como objeto de pesquisa. Muitos deles, inclusive, estudam como a dimensão do apoio matricial se faz presente na concepção e na prática dos trabalhadores do dispositivo, tendo justamente a interseção entre os dois campos como o objeto a ser pesquisado. Nesse caso, a maior parte das características descritas acima para os estudos sobre o AMSM, se aplicam aos estudos sobre o AM (não exclusivamente em saúde mental) realizado pelo NASF. Aqui apresentaremos, então, as especificidades do campo de pesquisa especificamente associado ao NASF.

Primeiramente, outras dimensões e tecnologias que fundamentam e organizam o trabalho do NASF (ou deveriam fazê-lo), relacionadas ao AM, porém mais amplas que o mesmo, são estudadas. Destacam-se a dimensão pedagógica e a EPS; o trabalho em equipe multidisciplinar e a integração entre as equipes; o trabalho em redes e a articulação intersetorial e entre diferentes serviços das RAS; a assistência orientada pelo projeto terapêutico singular e pelo território; o trabalho dentro e ao mesmo tempo fora do núcleo de competência de cada categoria profissional; as atividades coletivas junto aos usuários, bem como as ações de promoção e prevenção em saúde com os mesmos.

Uma dimensão bastante específica que emerge dos artigos sobre NASF é o recorte por categoria profissional ou área estratégica. Tais trabalhos não foram considerados em nossa pesquisa, exceto quando tratavam da área da saúde mental ou focavam no recorte dos psicólogos (somente um artigo focado na ação do psiquiatra foi identificado). Outra, igualmente bastante específica, relaciona-se às consequências para o programa decorrentes da mudança no financiamento federal do SUS após a instituição do Previn Brasil, em 2019, e a perda do recurso federal discricionário para o NASF, retomado somente em 2023. Tais trabalhos também não foram estudados.

De resto, outros três eixos temáticos ao redor dos quais as pesquisas que têm o NASF como objeto merecem ser destacados:

- a) primeiro, há um maior número de pesquisas que se ocupam em definir o arcabouço normativo e metodológico do NASF, tanto em seus aspectos éticos quanto práticos, e que buscam compreender o processo de conformação do dispositivo tal como ele foi concebido e operacionalizado, em suas bases epistemológicas e a partir de tensionamentos e disputas políticas de seus idealizadores, implementadores e também dos trabalhadores. As metodologias utilizadas são diversas, e incluem coleta de dados com atores chave desse processo (inclusive formuladores políticos e técnicos da época de sua instituição, e também atuais), pesquisa documental sobre as portarias que instituem e regulamentam o NASF e sobre materiais oficiais de instrução e treinamento, revisões de literatura, e por fim levantamentos e discussões de natureza teórica. Há uma grande convergência entre os resultados desses estudos e os que se dedicam a fazer o mesmo dentro do campo específico do AMSM, conquanto se considerem as diferenças, decorrentes do fato de que os pressupostos normativos que regem o NASF estejam um pouco mais consolidados (em portarias e publicações oficiais) e de que o campo epistemológico da saúde mental e da atenção psicossocial tragam especificidades, conforme descrito anteriormente;
- b) segundo, um eixo que inclui a dimensão organizacional: há um número relevante de estudos que busca compreender as maneiras pelas quais os trabalhadores se organizam, considerando o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, e distribuem o trabalho, entre seus componentes, tanto para prestarem assistência aos usuários quanto para realizarem o apoio junto às eSF e a articulação intra e intersetorial;
- c) terceiro, nota-se uma preocupação maior com a criação de instrumentos mais estruturados para avaliação do trabalho do NASF, incluindo a dimensão organizacional

e as demais dimensões estruturantes do dispositivo (como o AM, educação continuada, etc.). Nesse contexto, identificamos quatro pesquisas de avaliabilidade do NASF (Correia, Goulart, Furtado, 2017; Dias *et al.*, 2022; Moreira *et al.*, 2020; Souza, Calvo, 2018) que buscam, entre outros objetivos, construir uma representação objetiva do modelo lógico de funcionamento e uma matriz de avaliação composta por indicadores quantitativos e qualitativos que viabilize a comparação do funcionamento do dispositivo num determinado momento e local com esse modelo, possibilitando sua avaliação e monitoramento. Tais instrumentos eram de interesse em nosso esforço de buscar por indicadores de avaliação, e serão comentados em seção posterior deste trabalho.

Por fim, cabe destacar as pesquisas que utilizaram metodologias quantitativas e que tiveram o NASF como objeto de estudo. Identificamos cinco estudos, sendo que quatro deles foram baseados em dados secundários do PMAQ-AB (Brocardo *et al.*, 2018; Brito *et al.*, 2022; Dimenstein, Macedo, Fontenele, 2022; Dimenstein, Macedo, Silva, 2023; Lima *et al.*, 2019), e um analisou dados também secundários, porém do SISAB. Em relação especificamente à assistência em saúde mental, os trabalhos que avaliaram dados do PMAQ-AB, em âmbito regional ou nacional, observaram uma correlação positiva entre a disponibilidade do NASF e uma atuação mais diversificada e ampliada dessas equipes (especialmente ações de apoio matricial, orientação pelo PTS e EPS) e a qualidade da assistência em saúde mental. O mesmo foi observado em relação à coordenação do cuidado de modo geral e para a capacidade de articulação intra e intersetorial, para além da área da saúde mental. Por outro lado, todos os estudos constataam grandes diferenças regionais nos graus de implementação e de atuação do NASF, além de dificuldades com a abordagem a usuários de álcool e outras drogas. Um único estudo (Rezende, Andrade, 2022) utilizou dados do SISAB para avaliar a atuação de psicólogos vinculados ao NASF em uma capital da região Nordeste, identificando que há um predomínio de um perfil ambulatorial, com privilégio de atendimentos individuais em detrimento de outras ações coletivas com usuários ou equipes.

5.1.3. Estudos sobre processos avaliativos com campo da saúde mental

Neste grupo se inserem os trabalhos que tomaram o campo avaliativo em saúde mental como objeto de estudo, sem se restringirem ao apoio matricial ou ao NASF. Embora ultrapasse os limites definidos por nossa pesquisa, percebemos no levantamento inicial que a pesquisa sobre avaliação da assistência em saúde mental em si, especialmente no contexto paradigmático

de atenção psicossocial, era imprescindível para a definição de qualquer processo avaliativo na área, pois do contrário incorreríamos em simplificações equivocadas. Identificamos, então, pesquisas que investiram seus recursos em avaliar algum serviço ou dispositivo de assistência, considerando os diversos pontos de atenção previstos pela RAPS (inclusive a AB e os dispositivos do AM e do NASF, sendo que as especificidades desses trabalhos já foram descritas nas seções anteriores), ou em criar indicadores ou matrizes avaliativas com esse fim; discussões teóricas sobre o processo avaliativo em saúde mental, com referências à produção internacional sobre o tema, inclusive; e estudos de revisão sobre estes ou aqueles trabalhos. Nossos achados, que buscamos sistematizar a seguir, corroboram em parte aqueles encontrados nos trabalhos de Dantas e Oda (2014) e Costa, Colugnati e Ronzani (2015), que realizaram uma revisão sobre as publicações de pesquisas avaliativas em saúde mental no período de 2004 a 2014 (inclusive na literatura cinza, no caso de primeiro). Contudo, foram identificadas diferenças em relação aos 10 anos anteriores de produção científica na área, as quais assinalamos a seguir.

Nas revisões anteriores foi identificado que a maioria absoluta dos estudos se concentra em serviços localizados nas regiões Sudeste e Sul, havendo uma pequena participação dos estados do Nordeste. Tal padrão se manteve nos últimos 10 anos, mas houve um evidente aumento na produção científica do Nordeste, que segue de perto a produção do Sul do país. O número de estudos das regiões Norte e Centro-Oeste ainda é mínimo, mas foi identificado um estudo da região Norte e quatro da região Centro-Oeste (antes havia apenas um estudo das duas regiões). Igualmente, a maioria das pesquisas segue formada por processos de avaliação que tem o CAPS enquanto local de estudo (36, ou 53%), exclusivamente ou junto com outros serviços da RAPS. Contudo, se comparadas às revisões da década anterior, há uma diversidade maior destes serviços, com maior presença de CAPS-AD, CAPSi.

Nesses estudos (centrados no CAPS), a metodologia de estudo de caso, de natureza qualitativa, é predominante, repetindo o padrão encontrado nos estudos sobre o AM ou o NASF, com o uso de entrevistas semiestruturadas ou abertas, grupos focais ou observação participante para coleta de dados em um único serviço, somente; com a utilização de análise temática ou método comparativo constante como técnicas de análise predominantes. Há alguns estudos de amplitude regional ou estadual, numa proporção um pouco maior do que a encontrada nas revisões anteriores, em que houve amplo predomínio de estudos de abrangência local; e uma pesquisa somente, multicêntrica, que busca uma abordagem nacional ao estudar diversos CAPS localizados em quatro cidades brasileiras (duas na região Sudeste, uma na região Sul e uma no Nordeste). Foram identificados algumas pesquisas com recortes temáticos, que incluem: a

condição do trabalhador, envolvendo aspectos como sobrecarga de trabalho, sobrecarga emocional e violência; alguma tecnologia ou estratégia específica de atenção, como a oferta de grupos de apoio ou atividades coletivas, realização de assembleias de pacientes, e ações pactuadas pela redução de danos; a ação específica de categorias profissionais ou destinadas a populações específicas, como autistas ou portadores de deficiência intelectual, ou mesmo um recorte racial; atenção aos direitos humanos; a utilização de instrumentos de registro das ações desenvolvidas no CAPS; processos de alta de articulação com outros pontos da RAPS, em especial a AB.

Diferentemente do que já fora constatado para as pesquisas envolvendo o AM e o NASF, boa parte dos trabalhos (centrados nos CAPS) dá grande ênfase conceitual às metodologias participativas (como a A4G ou outras de fundamentação hermenêutica), que envolvem a elaboração participativa de indicadores de avaliação. A maior parte desses trabalhos se preocupa em investigar e defender a metodologia em si, definindo que a participação dos diferentes atores e os desdobramentos intra e intersubjetivos da mesma são um produto que tem importância similar ou maior que a própria definição de indicadores e de sua mensuração. Há predomínio, porém não tão amplo, da participação de trabalhadores na avaliação, havendo, em função disso, um privilégio pela elaboração e avaliação de indicadores de estrutura ou processo (como proporção de usuários com PTS, realização de reuniões de equipe ou oferta de atividades coletivas para usuários). Também são observadas pesquisas que incluem a participação do usuário (inclusive com pesquisa de satisfação), ou métricas de desfecho (como retorno ao trabalho, melhor capacidade de autogestão da renda e menor necessidade de internação psiquiátrica).

Os pesquisados fornecem uma avaliação, maiormente, positiva em relação à assistência ofertada no CAPS, embora os usuários apontem problemas com o acesso e com a continuidade de tratamento; e os trabalhadores se refiram a sobrecarga, insuficiência de recursos no serviço e insuficiência da RAS, o que limita as possibilidades do trabalho para além da instituição e a construção de projetos terapêuticos mais integrais. Os processos avaliativos participativos são também bem avaliados pelos atores, sendo dado destaque para a dificuldade de se elaborarem indicadores que retratem de forma válida o trabalho executado nos CAPS, em função da natureza subjetiva e muitas vezes intangível da assistência ali desenvolvida. Nesse contexto, há menções à inadequação dos instrumentos de registro de produção oficiais, mas um estudo identificou que os trabalhadores não tinham ciência de vários procedimentos que poderiam capturar de forma mais precisa as ações desenvolvidas no âmbito do paradigma psicossocial -

como “atenção a situações de crise”, “promoção de contratualidade no território” e “ações de reabilitação psicossocial”.

Mantendo o que já fora observado nos trabalhos anteriores, também identificamos, mesmo nas publicações mais recentes, menos pesquisas envolvendo outros pontos da RAPS, incluindo Serviços Residenciais Terapêuticos (um estudo com abrangência nacional), ambulatórios e hospitais especializados e a AB. Nesta, para além do foco no AM e nas equipes de NASF, é investigada a assistência em saúde mental prestada pelas eSF, utilizando-se quase que exclusivamente de entrevistas, especialmente com enfermeiros e psicólogos. São relatadas dificuldades com a realização do AM e deficiências de formação e qualificação para a realização de ações de assistência com a população de portadores de transtorno mental ou sofrimento emocional. É destacada que a assistência na AB acaba sendo pautada, prioritariamente, pelo paradigma biomédico, com foco em ações de diagnóstico e prescrição de medicamentos, visando meramente o controle sintomático. Uma pesquisa identifica concepções e práticas estigmatizantes dos profissionais da APS em relação a usuários de crack (Pinho, Siniak, 2017). Somente um trabalho investiga a assistência em saúde mental prestada na AB pela perspectiva dos usuários (Onocko Campos *et al.*, 2014), através de um grupo focal com 13 usuários de duas UBS de um município do interior de São Paulo, tendo encontrado resultados de modo geral negativos, com falta de apoio, de ações de promoção, de longitudinalidade e uma tendência à medicalização excessiva de formas de sofrimento que os próprios usuários identificaram como emocionais, e não médicas ou psicopatológicas, levando ao não reconhecimento da APS como um local de referência para assistência em saúde mental.

Há outros estudos que se dedicam a pesquisar as relações entre os diferentes pontos de atenção, na perspectiva de rede, em especial da AB com os CAPS. Nestes, é ponto comum a dificuldade de articulação entre os dois níveis, com dificuldades de comunicação, de conseguirem consensuar uma agenda comum e de pactuarem critérios de fluxo dos usuários. É relatada também uma grande dificuldade de cada nível em compreender o funcionamento do outro e, conseqüentemente, os papéis cabíveis de cada um. Alguns estudos sediados nos CAPS procuraram investigar a relação dos usuários destes com os serviços de APS ao qual eram adscritos, sendo identificada uma percepção negativa devido a problemas como falta de profissionais (especializados ou não), de medicamentos e fragilidades no cuidado longitudinal, mas os autores discutem que há um claro viés amostral (afinal são pesquisados os usuários que estão utilizando, prioritariamente, o nível especializado). Uma pesquisa, também através de métodos qualitativos, analisou os itinerários terapêuticos de pacientes que abandonaram o

tratamento no CAPS, identificando a AB como um caminho quase sempre buscado, com avaliações mistas de resolatividade na perspectiva dos usuários (Bandeira, Onocko Campos, 2021).

Finalmente, damos destaque às pesquisas de natureza quantitativa. Há diversos estudos que, utilizando-se de metodologias qualitativas-participativas, se propõem a desenvolver indicadores, não somente qualitativos, mas também quantitativos. Contudo, todos, sem exceção, são realizados em processos avaliativos localizados no CAPS, somente. Há uma pesquisa de abrangência nacional e que visa o estudo na perspectiva da RAS; contudo, trata-se de um estudo descritivo, baseado em dados secundários do CNES, restrito aos recursos de estrutura da RAPS (equipes NASF, psicólogos, CAPS, leitos, etc.), que consegue captar apenas heterogeneidades regionais na distribuição dos recursos, constatando maior disponibilidade de recursos especializados nas regiões Sudeste e Sul e maior oferta de serviços de APS, incluindo NASF, na região Nordeste (Maia, Severo, Medeiros, 2021).

Nos deteremos um pouco mais sobre duas pesquisas. Na primeira, num estudo multicêntrico realizado em quatro cidades brasileiras (Campinas, Fortaleza, Porto Alegre e São Paulo), foi realizada uma análise multifacetada de agravos traçadores, entre eles, o transtorno mental grave (TMG), utilizando-se de métodos mistos, que incluiu uma avaliação da produção em serviços especializados (CAPS) a partir de dados secundários do SIA-SUS, um inquérito com trabalhadores, usuários e familiares desses serviços, através de entrevistas estruturadas, e um componente qualitativo com entrevistas abertas com atores-chave sobre o funcionamento e contexto da RAPS local. Assim, os pesquisadores puderam contextualizar os dados coletados, que ainda continha dados fornecidos pelos usuários, fornecendo uma compreensão mais ampla e precisa sobre os resultados. Embora sediada no CAPS e com poucos itens de sua articulação com a AB, o estudo tem relevância por se tratar da única pesquisa de avaliação em saúde mental com abrangência nacional que conseguiu reunir métodos de natureza diversa (Amaral, Treichel, Francisco, 2021).

Já o outro estudo, realizado na AB, baseou-se em dados de prontuário individual eletrônico de duas UBS do município do Rio de Janeiro visando avaliar a qualidade do acesso à assistência em saúde mental, nas duas unidades, através da sua capacidade de detecção de casos de sofrimento mental. Para isso, os autores compararam as prevalências de transtornos mentais encontradas nos registros de prontuário, através dos diagnósticos estabelecidos pela Classificação Internacional de Doenças (CID), e as prevalências esperadas para os mesmos transtornos, definida a partir de estudos epidemiológicos na área. A pesquisa também teve um

componente qualitativo, em que as duas unidades foram estudadas com relação à composição das equipes, rotatividade e qualificação dos profissionais da eSF (especialização em Saúde da Família; ambas contavam com apoio matricial ofertado pelo NASF), havendo uma diferença de perfil entre elas: uma delas tinha profissionais de eSF qualificados e estáveis; a outra apresentava alta rotatividade de profissionais sem qualificação. Houve uma diferença estatisticamente significativa na capacidade de detecção de casos de TMC das duas UBS, com a primeira se destacando positivamente. A pesquisa foi realizada em dois momentos, e a mudança de perfil na segunda unidade, que conseguiu fixar profissionais qualificados, coincidiu com a melhora na capacidade de detecção dos mesmos casos. Por outro lado, a capacidade de detecção de TMG e problemas relacionados ao uso de substâncias foi considerado insatisfatório nas duas unidades (Salgado, Fortes, 2021).

5.2. Levantamento de indicadores no SNIS

5.2.1. Revisão da literatura

Como já discutido, os estudos de avaliação em saúde mental no cenário nacional se destacam pela elaboração participativa e/ou utilização de indicadores qualitativos, sendo o CAPS o principal serviço estudado. Também encontramos pesquisas participativas que envolvem a elaboração de indicadores quantitativos, mas quase integralmente desenvolvidas nos CAPS, sendo que seus resultados, portanto, não são proveitosos para a avaliação em saúde mental na APS, em sua maioria. Fora dos CAPS identificamos apenas outros dois estudos que elaboraram e/ou utilizaram indicadores quantitativos, mas também desenvolvidos para outros pontos de atenção - um serviço residencial terapêutico e o dispositivo de acompanhamento terapêutico.

Para o contexto específico da APS, considerando os objetivos de nossa pesquisa, emerge o desafio de elaborar indicadores baseados em dados que estejam presentes no SNIS, a partir dos dados de estrutura e produção das equipes da AB. A partir dessa perspectiva, os diferentes SIS que compõem o SNIS foram estudados, em especial o SISAB, utilizado na APS, e em seguida fizemos um levantamento bibliográfico visando identificar pesquisas que estudaram indicadores quantitativos passíveis de monitoramento pelo SNIS. Assim, identificamos a utilização de:

- a) dados secundários do CNES com o quantitativo de equipes e profissionais especializados em saúde mental - equipes NASF, psicólogos e psiquiatras - em relação à população. São informações que se restringem basicamente a taxas de cobertura que, embora importantes, nada dizem sobre a qualidade da assistência ofertada e sobre as consequências que seu funcionamento levam à RAPS e à população;
- b) dados de produção dessas equipes e profissionais disponibilizados no SISAB, igualmente em relação à população ou em proporções de tipos de produção específica em relação ao total de procedimentos (por exemplo, proporção de atividades coletivas em saúde mental em relação ao total de atividades coletivas executadas pelo NASF). Embora tais dados também não sejam capazes para indicar a qualidade de assistência, eles são úteis para a avaliação indireta da dimensão do acesso, o que lhes dá alguma relevância;
- c) indicadores elaborados em pesquisas de avaliabilidade do NASF. Tais estudos dão ênfase à construção de uma matriz avaliativa composta por indicadores qualitativos, para processos de avaliação formativa, ou seja, realizados através da coleta de dados via entrevistas, questionários ou análise de documentos com a participação dos atores envolvidos na assistência. Dessa forma, tais pesquisas não preveem o monitoramento de dados ou indicadores do SNIS. Entretanto, seus resultados, mesmo dentro de um paradigma qualitativo e participativo, fornecem apontamentos importantes para subsidiar a construção de indicadores quantitativos com dados que estejam disponíveis nos SIS. Como exemplo citamos as medidas de ações assistenciais realizadas pelas eSF depois da implementação do NASF (por exemplo, oferta de atividades em grupo e de atendimentos individuais na área de saúde mental, que são informadas ao SISAB e pode ser monitorado numa série temporal que inclui o cadastramento de uma equipe NASF); de qualificação dos encaminhamentos intra e intersetoriais (cujo número e proporção em relação ao total de encaminhamentos e desfechos para os atendimentos individuais podem também ser medidos com dados extraídos do SISBA); e de realização de acolhimento ou intervenção em situações imediatas ou imprevistas na AB;
- d) dados secundários do PMAQ-AB. Igualmente, os indicadores do programa são elaborados a partir de um inquérito, cujos dados não estão presentes, em sua maioria, no SNIS. Entretanto, da mesma maneira, os resultados dos estudos sobre o PMAQ-AB revelam algumas possibilidades para a avaliação baseada em dados dos SIS. Foi identificado, por exemplo, que dentre as ações que melhor discriminam uma boa

qualidade de assistência em saúde mental pelas equipes da AB, a oferta de atendimento em grupo é uma produção rotineiramente registrada pelas equipes de AB no SISAB. Outrossim, constatou-se que as ações de construção conjunta de PTS e, em menor extensão, de EPS, produções que podem ser informadas ao SISAB, correlacionaram-se com uma certificação de assistência em saúde mental positiva;

- e) dados de prontuário, num desenho que avaliou a capacidade de detecção de casos de determinados transtornos mentais por uma eSF através da comparação das taxas de prevalência encontradas na população adscrita àquelas esperadas, de acordo com estudos epidemiológicos para os transtornos. Para tal estudo são necessários dados individualizados de prontuário, ainda indisponíveis em nosso cenário. Entretanto, tais dados poderiam compor um SIS, de forma agregada e não agregada, desde que fossem anonimizados.

De fato, boa parte da literatura científica internacional a respeito da utilização de indicadores de assistência em saúde mental se baseia na avaliação de dados em nível individual, anonimizados, seja de prontuários ou de formulários de cadastro, e que posteriormente são agregados em níveis populacionais, por unidade geográfica ou tempo. Um estudo canadense (Lessard, Fournier, Gauthier, 2015) propôs indicadores especificamente desenhados para a avaliação no contexto da APS em regiões remotas, mas a maior parte dele requer dados de prontuário - são exemplos: proporção da população triada para comportamento hetero ou autoagressivo ou uso de substâncias em padrão nocivo; reconhecimento de uma demanda em saúde mental, presença de avaliação de risco de comportamento hetero ou autoagressivo, ou de uso de substâncias; presença de diagnóstico realizado por médico, tempo até o diagnóstico, proporção de usuários que receberam diagnóstico até um determinado período; instituição de um tratamento, tempo até sua instituição, proporção de usuários que acessaram tratamento até um determinado período; presença de encaminhamento a especialista, ou discussão com especialista, ou ao menos registro para monitoramento; tempo de acesso ao especialista, proporção de usuários que acessaram o nível especializado até um determinado período; oferta de tratamento farmacológico e/ou não farmacológico, tempo até acesso; taxas de descontinuação de tratamento; proporção de usuários com depressão e psicose em tratamento, tempo até o início do tratamento, proporção de usuários em monitoramento do tratamento; proporção de usuários monitorados que requereram internação, visita de seguimento após alta, reinternações; proporção de usuários internados que não eram acompanhados; etc.

Outro estudo realizado nos Países Baixos (Lauriks *et al.*, 2014) utilizou método Delphi para a construção de indicadores para o monitoramento da assistência em saúde mental na APS chegou a resultados muito semelhantes, apenas incluindo métricas de desfecho, como: proporções de usuários que tiveram contato com justiça ou polícia num determinado período; proporções de usuários em situação de moradia estável, ou proporções de assistência à moradia entre aqueles em situação instável de moradia, bem como taxas de melhora da situação de moradia; proporção de usuários em situação laboral estável, ou proporção de assistência vocacional ou ocupacional àqueles em situação instável, além de taxas de empregabilidade; proporção de usuários com boa saúde física, taxas de melhora da percepção da saúde física e mental, ou do funcionamento diário. Fica claro que tais métricas exigem, igualmente, algum nível de identificação individual (anonimizada) para que os dados de um determinado usuário sejam cruzados entre outros sistemas e somente depois agregados.

Também utilizando a metodologia Delphi, um estudo (Jordans *et al.*, 2016) buscou elaborar um painel de indicadores de cobertura de assistência em saúde mental, não especificamente desenhados para a APS, mas considerando o contexto de países de baixa e média renda, o que inclui o Brasil. Foram destacados os 15 indicadores com maior nível de concordância: número de pessoas com diagnóstico de TMG; número de dias no mês em que psicofármacos estiveram fora de estoque nas farmácias públicas; proporção do orçamento federal que é alocado em serviços de saúde mental; proporção de trabalhadores do sistema de saúde que é treinada e/ou qualificada em serviços de saúde mental; proporção de pessoas com TMG que recebe tratamento; taxas de tentativa e morte por suicídio; número de pessoas diagnosticadas com qualquer transtorno mental, e a proporção delas que recebeu alguma forma de tratamento; número de pessoas que perderam o seguimento e/ou abandonaram o tratamento; número de readmissões em internação psiquiátrica; número de pessoas recebendo psicofármacos; índices de satisfação de trabalhadores e usuários de serviços de saúde mental; proporção de pacientes com transtornos mentais que recebem alguma forma de suporte ou proteção social e/ou econômica; proporção de usuários que se estão melhores, piores ou com quadro inalterado após acesso a tratamento; taxas de eventos adversos relacionados aos tratamentos. Neste caso, percebem-se indicadores mais amplos, mas que se mostram sensíveis ao funcionamento geral da rede de assistência em saúde mental, ou particularmente a serviços especializados, não sendo úteis para a avaliação de estratégias específicas ou para a assistência na AB.

Por fim, uma revisão procurou identificar, através da pesquisa em literatura científica e em fontes oficiais de diferentes governos, os indicadores que são utilizados para a gestão da rede de serviços de saúde mental, além de elaborar uma proposta para o contexto brasileiro (Lima, Alves, Furegato, 2022). A revisão constata que países de baixa e média renda não tem, em geral, uma política para a mensuração de indicadores de saúde mental; considerando os países de alta renda pesquisadas, a maior parte utiliza dados administrativos como a principal fonte de dados para composição de indicadores, mas não há consenso sobre quais dados devem ser medidos, nem sobre quais indicadores devem ser monitorados, levando a uma grande diversidade de indicadores e de programas de avaliação. Também se constatou que, embora não seja a principal fonte de dados, as informações clínicas são rotineiramente coletadas, comprometendo ainda mais a uniformidade dos processos avaliativos. Os autores citam um estudo da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) que explorou o uso de indicadores de qualidade de assistência em saúde, destacando que os únicos indicadores no campo da saúde mental foram readmissões hospitalares não planejadas por transtornos mentais (incluindo esquizofrenia e transtorno bipolar, especificamente) e excesso de mortalidade devido a transtornos mentais (incluindo esquizofrenia e transtornos bipolares).

Os mesmos autores da revisão supracitada propuseram, baseando-se em indicadores de países com sistemas de saúde pública semelhantes, como Austrália, Inglaterra e Canadá, um painel de 41 indicadores que seria viável para o contexto brasileiro. Eles foram classificados de acordo com o nível de abrangência (individual, local ou nacional) e com a concepção donabedianiana. São exemplos: promoção da saúde mental nas escolas, taxa de internação hospitalar devido a transtornos mentais e comportamentais relacionados ao consumo de álcool; número de indivíduos hospitalizados por mais de 30 dias em um ano; taxa de readmissões hospitalares por doença mental em 30 dias; taxa anual de repetição de hospitalização para pacientes com doença mental; tempo médio de internação aguda; número médio de dias de tratamento por período de atendimento comunitário; porcentagem estimada de pessoas com ansiedade ou depressão que acessam os serviços de saúde mental no mês; taxas de suicídio entre jovens e na população em geral e taxa de atendimentos e internações hospitalares de emergência por autolesão intencional; taxa de excesso de mortalidade em adultos com doenças mentais graves; diferença percentual entre a taxa de emprego de pessoas com contato com serviços secundários de saúde mental e a taxa geral de emprego; prevalência de depressão e ansiedade e transtornos mentais graves, por faixa etária; entre outros.

É preciso reconhecer o avanço de se debater resultados esperados para a assistência em saúde mental que não se baseiem somente em dados em produção e acesso e em métricas de satisfação dos usuários, mas também em consequências de aspectos mensuráveis da vida dos usuários dos serviços e sistemas, e não somente de desfechos gerais como melhora do funcionamento, reintegração social e ocupacional e melhora na qualidade de vida, sendo este um aspecto que permanece em aberto no mundo. Entretanto, ponderamos que, apesar dos esforços da autora em realizar uma aproximação com a realidade brasileiro, os indicadores foram construídos de acordo com o contexto dos países (desenvolvidos) que os elaboraram, com desfechos concebidos de acordo com seus aspectos sociais e culturais e contando com SIS muito mais robustos, tanto para coleta quanto para pesquisa.

Como se observa, há um predomínio na literatura de indicadores concebidos para a avaliação da assistência em saúde mental de modo amplo, considerando toda a rede de atenção e, inclusive, ações de promoção de saúde em setores diversos; ou para avaliação da atenção em serviços especializados. Além disso, boa parte dos indicadores avalia processos e desfechos em nível individual - como diagnósticos, tempo de tratamento, resposta a tratamento, adesão e abandono, taxas de empregabilidade e excesso de mortalidade -, que exigem algum tipo de identificador individual que avalie o usuário em diversos serviços e níveis de assistência e em outros setores. Nossos SIS, por outro lado, são desenhados para coleta de dados sem qualquer identificação individual, gerando informações agregadas e concernentes à unidade ou profissional de saúde, apenas, e não ao usuário (somente ao coletivo de usuários). O PEC, do e-SUS APS, representa uma mudança metodológica, contudo, o sistema de disponibilização de dados do mesmo ainda opera numa lógica de agregação por unidade geográfica (ao nível da unidade prestadora, local, ou municipal, regional, estadual e federal), inviabilizando o monitoramento da maior parte dos indicadores citados.

Naturalmente, indicadores mais amplos como taxas de suicídio e admissões hospitalares por comportamento autolesivo podem ser monitorados, uma vez que há SIS sensíveis a tais eventos e que não dependem de identificação individual para adequada coleta dos dados. Contudo, tais indicadores podem ser influenciados por uma diversidade tão grande de fatores (desde relacionados à rede de assistência em si, quanto a fatores econômicos ou mesmo fatores culturais transitórios), e exigem a análise de um número tão elevado de covariáveis, que acabam não sendo adequados para a avaliação da rede de saúde, quanto menos da APS, isoladamente.

Assim, buscamos restringir nossa pesquisa ao SISAB e aos demais SIS que tenham uma relação estreita com a assistência na AB, considerando especialmente os apontamentos supradescritos nas alíneas a-d.

5.2.1. Levantamento no SNIS

O objetivo de avaliar a qualidade do funcionamento do apoio matricial e seu impacto na saúde mental da população acaba envolvendo múltiplas dimensões de análise, pois o AM é um dispositivo que envolve mais de um serviço e que tem dupla clientela, as equipes e a população, e, neste caso, recursos e procedimentos que podem ser processo para um, são estrutura para outro. Olhemos para o caso das ações de AM realizadas pelo CAPS, por exemplo: a princípio, parece um indicador de processo, uma vez que se trata de um procedimento destinado às equipes, e assim é, se tomarmos como referência o ponto de vista das equipes do CAPS; por outro lado, tomando como referência a perspectiva das equipes de APS, pode-se dizer que se trata de um indicador de estrutura, relacionado à disponibilidade e acesso ao AM. Para fins de simplificação, resolvemos tomar como referência, em todas as análises, o ponto de vista da equipe apoiadora, seja do NASF, do CAPS ou outros. Assim, a estrutura envolve a disponibilidade e qualificação dessas equipes, os processos envolvem suas ações e os desfechos envolvem as consequências, tanto para as equipes apoiadas, quanto para a população adscrita a elas.

Assim, considerando que a primeira clientela do apoio matricial não são os usuários, diretamente, mas sim as eSF e eAB apoiadas, definimos que o primeiro indicador a ser monitorado é o de cobertura populacional por eSF. Não nos interessou avaliar os desfechos em saúde de toda a população, mas somente da população adscrita à ESF e à potencial influência do AM. A cobertura pela ESF (ou potencial pela AB), fornecida diretamente pelo sistema e-Gestor APS, foi o primeiro dado considerado, e ele serviu para parametrizar todos os demais indicadores de base populacional, que foram tomados à razão da população coberta pela ESF/AB.

Buscamos, então, os indicadores de estrutura, relacionados à infraestrutura especializada em saúde mental disponível para o apoio às equipes da APS e para assistência direta à população coberta pela AB, nesse nível. Todas as UBS, equipes e profissionais a ela vinculados, separados por categoria profissional (inclusive de especialistas), são discriminados no CNES. Para fins de avaliar a cobertura de assistência especializada em saúde mental lotada

na AB, considerando que esta é, conforme determina a RAPS, realizada através do apoio matricial, e que este é maiormente realizado pelas equipes do NASF e do CAPS, buscamos identificar o quantitativo de equipes NASF e de profissionais lotados em CAPS disponíveis por RS. No caso do NASF, consideramos sua razão com o número de 10 eSF (ou eAB, após 2017), um número ligeiramente superior ao número máximo de equipes que o NASF deveria apoiar, de acordo com o MS. Estes foram os principais indicadores de estrutura. No caso dos CAPS, como não há razão máxima estipulada, estudamos apenas o total de profissionais de nível superior com base na população residente.

Sabe-se, entretanto, que há localidades em que o AM não é realizado por equipes NASF ou dos CAPS, ou mesmo em que a assistência especializada não funciona conforme a lógica do AM. Neste caso, avaliamos também o quantitativo de profissionais tradicionalmente associados à saúde mental, quer seja, psicólogo e psiquiatra. Sabe-se também que outros profissionais, como assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, fonoaudiólogos, farmacêuticos, e outros comumente realizam atendimentos na área de saúde mental, mesmo operando sob o paradigma tradicional, dentro de seu núcleo de competências e fora de uma equipe multidisciplinar. Contudo, tais categorias, tradicionalmente, se dedicam a outras áreas estratégicas, de modo que decidimos considerar apenas a razão do número de psicólogos e psiquiatras, por população coberta à ESF, para compor, junto com o número de equipes NASF e CAPS, o conjunto de indicadores de estrutura.

Passando para os dados de processo, relacionados à ação das equipes apoiadoras junto às eAB e à população, analisamos o SISAB e o SIA-SUS. Os dados do PEC, relacionados a informações individuais dos usuários atendidos em qualquer local ou nível do SUS, mesmo que anonimizadas, não são disponibilizadas em qualquer sistema de pesquisa. No SISAB, sistema para o qual são enviadas a maior parte das informações que alimentam o PEC, podemos apenas pesquisar informações agregadas em nível de tempo ou território relacionadas à produção das equipes. Ou seja, o foco das informações é nas ações das equipes, e ao coletivo de usuários que foi atendido por elas, e não à situação cadastral, clínica ou de uso do serviço de cada um dos usuários. Desta forma, os dados pesquisáveis acabam correspondendo exatamente àqueles previstos nas fichas do CMD, um aplicativo alternativo ao PEC destinado a unidades com menos recursos de informática e/ou internet. Nas unidades que utilizam o PEC, seja através do sistema oficial do MS ou através de softwares de terceiros contratados pelos municípios e com recursos de integração ao e-SUS APS, os dados do CMD são igualmente preenchidos,

obrigatoriamente, e posteriormente disponibilizados no SISAB. Nossa pesquisa se concentrou, portanto, nos dados do CMD, os únicos passíveis de pesquisa no SISAB.

A pesquisa no SISAB contém dois módulos distintos, um para as atividades coletivas e outro para os atendimentos e visitas. Na página de atendimentos e visitas devemos selecionar, para a pesquisa, uma entre quatro modalidades de atendimento: atendimento individual, atendimento odontológico, procedimentos e visita domiciliar. A modalidade de procedimentos refere-se a procedimentos técnicos da equipe médica e de enfermagem, não guardando qualquer relação com a assistência em saúde mental; da mesma forma, a modalidade de atendimento odontológico tem uma grande especificidade e não foi incluída em nossa pesquisa. Assim, consideramos os dados disponíveis nas fichas de atendimento individual, de visita domiciliar e de atividades coletivas (as respectivas fichas, com as informações que utilizamos para identificar dados potencialmente úteis para nossa pesquisa, se encontram na seção B de Apêndices deste trabalho). Além disso, buscamos nos restringir aos dados de preenchimento obrigatório (marcados com um asterisco nas respectivas fichas), pois avaliamos que tais dados representam com maior fidedignidade a real produção das equipes. Dessa forma, considerando os filtros disponíveis para pesquisa e os dados de preenchimento obrigatório do CMD, identificamos as seguintes informações concernentes à assistência em saúde mental:

- a) número de atendimentos individuais realizados pelo NASF (e por psicólogo), total e na área da saúde mental ou a usuários de álcool ou outras drogas: o tipo de condição ou problema detectado é uma informação de preenchimento obrigatório para todos os atendimentos realizados pelas equipes na AB, inclusive pelos especialistas e equipes de apoio. Como não são dados individuais, e sim contabilizados a cada atendimento, não é possível, através deles, estimar taxas de prevalência ou incidência, uma vez que os pacientes podem ser contabilizados mais de uma vez e não há qualquer natureza da evolução temporal do problema detectado (se já fora diagnosticado antes ou não, por exemplo). Optamos por incluir os usuários de substância (incluindo álcool mas não tabaco) por sua grande relação com o adoecimento psíquico ou emocional. Por outro lado, não consideramos os filtros por CID e CIAP e por 'Ações do NASF'. Em nossas pesquisas preliminares constatamos que o volume de atendimentos nas áreas de saúde mental ou uso de substâncias é muito maior que aquele especificamente identificado com um CID ou CIAP da área. Isso é facilmente explicado pelo fato de que a identificação de um código ligado ao adoecimento ou sofrimento mental tende a ser negligenciado no caso de pacientes com comorbidades e múltiplos diagnósticos ou

condições (o PEC só exige um código e o CMD limita o número de códigos), ao passo que a simples marcação do campo da saúde mental é uma tarefa mais simples e mais provável de ser executada. Igualmente, embora o campo ‘Ações do NASF’ seja de preenchimento exclusivo de profissionais vinculados a uma equipe do NASF, ele não é de obrigatório para esses profissionais, e acaba fornecendo uma medida inferior à dos atendimentos, em geral. Consideramos os atendimentos individuais por psicólogo (sem especificar a vinculação ao NASF), e não psiquiatra, pois o SISAB não contempla a pesquisa pelo último. Chegamos a consultar outros sistemas, como o SIA-SUS, para avaliar se tais profissionais, psicólogos e psiquiatras, registram ações de atendimento e psicoterapia realizadas na AB, mas os números encontrados nas pesquisas preliminares foram irrelevantes. Não utilizamos outros filtros possíveis na pesquisa, como recortes por idade ou gênero do usuário atendido, ou pelo local ou tipo de atendimento (se consulta agendada, ou de urgência, etc.). O volume de atendimentos na área é um indicador de processo que se refere, indiretamente, à dimensão de acesso; no caso, acesso da população à atenção especializada direta, sem qualquer caracterização da qualidade do AM em si;

- b) número de atividade coletivas cuja temática é relacionada à área da saúde mental (incluindo uso de álcool e outras drogas, exceto tabaco), ou que tenham como público-alvo portadores de sofrimento mental ou usuários de substâncias, realizadas pelo NASF, igualmente em base populacional, também para avaliação das dimensões de acesso da população à atenção especializada. Avaliamos que os dois recortes - área temática da saúde mental e público-alvo - podem revelar aspectos diferentes: o primeiro pode se relacionar a ações de promoção de saúde mental, uma vez que envolvem a temática da saúde mental ou do uso de substâncias sem especificar o público-alvo, que pode incluir, então, não só portadores de adoecimento psíquico, mas também a população geral. O segundo já diz de um direcionamento específico ao público portador de sofrimento mental ou emocional, ou aos usuários de substâncias, com uma natureza, portanto, mais terapêutica, ou relacionada a ações de promoção em outras áreas e orientadas especificamente para esta população. Como os dois campos são de preenchimento obrigatório, uma produção para o público-alvo da saúde mental inferior à produção cuja temática é na saúde mental indica o desenvolvimento de ações para um público mais ampliado, que potencialmente podem corresponder a promoção ou prevenção em saúde mental;

- c) número de atividades coletivas com outras equipes executadas pelo NASF, cuja temática incluía a discussão de caso e/ou a construção de projeto terapêutico singular e a educação permanente: consideramos que todas as atividades coletivas em equipe, previstas pelo CMD e pesquisáveis no SISAB (como discussões de processo de trabalho e educação permanente), são ações de matriciamento que se relacionam à qualificação da assistência na APS. Contudo, considerando que não é possível especificar a área temática dessas atividades, decidimos investigar aquela que guarda maior especificidade com o campo da saúde mental, quer seja, o tratamento orientado pela construção do projeto terapêutico singular, uma estratégia apontada na regulamentação da RAPS, inclusive; e aquela que, conforme levantamento bibliográfico, mostrou-se relevante para determinação da qualidade do apoio nos estudos que avaliaram o NASF a partir dos dados do PMAQ. Trata-se de dados que potencialmente indicam a qualidade do matriciamento na sua dimensão de apoio. Nesse caso, investigamos o número de vezes em que essas atividades foram assinaladas, em relação ao número de equipes do NASF;
- d) razão entre o número de atendimentos individuais e o número de atividades coletivas executados pelo NASF, bem como a razão entre o número de atendimentos individuais ações coletivas com usuários e o número de atividades coletivas com outras equipes: aqui, buscamos avaliar o equilíbrio entre as ações individuais e coletivas, e entre as clínico-assistenciais e técnico-pedagógicas, o que pode ser um indicador importante para avaliar o grau de conformação do NASF às diretrizes oficiais de seu funcionamento. Um predomínio muito grande de ações individuais e direcionadas aos usuários pode indicar uma operação mais ambulatorial, focada apenas nos núcleos de competência de cada categoria profissional, e distante da lógica matricial;
- e) número de ações de matriciamento na atenção básica realizadas pelo CAPS: não há um procedimento específico que indique a realização de uma ação de apoio matricial pelo NASF ou por um profissional de saúde mental, já que, por princípio, todas as ações desenvolvidas pelas equipes de apoio, mesmo as de atendimento individual, são de matriciamento - o AM é uma estratégia transversal que deve organizar toda a atuação dessas equipes. Por outro lado, as ações de apoio matricial desenvolvidas pelo CAPS na AB, que incluem atendimentos e visitas domiciliares conjuntas, discussões de caso, reuniões para construção compartilhada de projetos terapêuticos, gestão do fluxo entre os serviços, etc., devem ser registradas pelas equipes matriciadoras do CAPS, através de um procedimento específico previsto na RAAS-Psi, e que é posteriormente enviado

ao SIA-SUS. Trata-se de um indicador de processo que revela uma dimensão de disponibilidade e qualificação do AM, tal qual as atividades de construção de PTS, e específica do campo da saúde mental.

Por fim, passamos aos indicadores de desfecho, relacionados aos efeitos da prática matricial das equipes especializadas sobre as equipes apoiadas e sobre a população a elas adscrita. A impossibilidade de pesquisa de dados em nível de usuário, individualmente, impede que dados como permanência ou abandono de tratamento, frequência de encontros com profissionais, dispensação de medicação ou taxas de reinternação ou admissão em CAPS sejam monitorados. Desta forma, para avaliação dos potenciais efeitos do AM sobre a população, restaram-nos apenas dados muito amplos, como taxas gerais de suicídio ou comportamento autolesivo na população, número de usuários em acompanhamento no CAPS, e taxas de admissão no CAPS ou de internação hospitalar por causa psiquiátrica, que são sensíveis a um número muito elevado de determinantes e tornaria qualquer análise extremamente complexa. Assim, portanto, nos restringimos, com poucas exceções, aos efeitos do AM sobre as equipes apoiadas. Identificamos os seguintes dados como potencialmente sensíveis aos efeitos da prática matricial:

- a) número de atendimentos individuais realizados pelas eAB, total e na área da saúde mental ou a usuários de álcool ou outras drogas: partimos da premissa que a prática matricial aumenta a permeabilidade das equipes apoiadas às demandas e necessidades em saúde mental da população, e que isso deveria se converter num aumento do volume de atendimentos na área, além de um aumento na proporção de atendimentos em saúde mental em relação ao total de atendimentos realizados pelas eSF e eAB. Este é um potencial indicador que revela uma dimensão de acesso (da população à assistência em saúde mental na APS) e de qualificação do AM, afinal, a mera presença de especialistas em saúde mental na AB, sem que haja qualquer grau de trabalho colaborativo, provavelmente não será seguido por um aumento da permeabilidade das equipes a esses casos, e eles tenderão a apenas serem encaminhados, com pouco aumento do volume e da proporção de atendimentos na área;
- b) número de visitas domiciliares realizadas pelos ACS a usuários com sofrimento mental ou em uso de substâncias: praticamente todas as ações em domicílio contam com a participação do ACS, que assim é o responsável exclusivo pelo preenchimento desta ficha (havendo, inclusive, um *software* de coleta próprio). Quando um enfermeiro ou médico realiza uma visita domiciliar, tal atendimento será registrado por este

profissional na ficha de atendimento individual, e ele assinalará que o atendimento foi em domicílio (em nossa pesquisa nessa ficha, não utilizamos o filtro recorte por local de atendimento). Já o ACS registrará a visita na ficha de visita domiciliar. As ações realizadas exclusivamente pelo ACS, como visitas de cadastro, de monitoramento ou busca ativa, também são preenchidas pelos ACS utilizando-se deste módulo do sistema. Assim, avaliamos que o número de visitas a usuários portadores de sofrimento mental, e sua proporção em relação ao total de visitas, se constitui enquanto um indicador potente para avaliar o grau de permeabilidade, qualificação e proatividade das eAB em acompanhar tais usuários em seu território, com dimensões igualmente, de acesso da população e qualificação do AM;

- c) número de atividade coletivas cuja temática é relacionada à área da saúde mental (incluindo uso de álcool e outras drogas, exceto tabaco), ou que tenham como público alvo portadores de sofrimento mental ou usuários de substâncias, realizadas pelas eSF/eAB, igualmente em base populacional, também para avaliação das dimensões de acesso da população e qualificação do AM. Igualmente, avaliamos que os dois recortes - área temática da saúde mental e público alvo - podem revelar aspectos diferentes, conforme já descrevemos para as ações coletivas das equipes do NASF;
- d) proporção de cada um dos desfechos de atendimentos na área da saúde mental, executados pelas eSF/eAB: ao finalizar um atendimento individual no PEC ou no CMD, o profissional deve selecionar um desfecho, que inclui os itens a seguir, os quais dividimos em três grupos: 1) agendamento para o NASF; 2) agendamento para grupos, encaminhamento interno no dia, encaminhamento intersetorial, retorno para cuidado continuado e retorno para consulta agendada; 3) encaminhamento para o CAPS, encaminhamento para a urgência, encaminhamento para serviço especializado e encaminhamento para internação. Consideramos que os desfechos no primeiro grupo se relacionem à utilização do AM, mas sem a possibilidade da avaliação da qualidade desse uso, se tratou-se do acionamento do apoio ou de uma mera referência ao nível especializado. Já os desfechos do segundo grupo revelam, potencialmente, uma dimensão de resolutividade das eAB e de qualidade do AM, uma vez que seu aumento pode coincidir com um aumento na responsabilização dessas equipes pela condução do caso, seja na própria UBS ou acionando a rede intersetorial. Por outro lado, os desfechos do grupo 3 podem revelar o contrário, ainda que um encaminhamento externo não se relacione, necessariamente, à desresponsabilização, desde que bem qualificado.

Avaliamos que eles podem revelar dimensões de permeabilidade das equipes, qualidade do AM e de resolutividade das eAB em saúde mental;

- e) número de pacientes em acompanhamento ou acolhidos nos CAPS cuja origem foi a AB, ou que receberam alta e tiveram como destino a AB: um número baixo de pacientes encaminhados da AB ao CAPS pode indicar baixo acesso, pois os pacientes não procuram a UBS para demandas de saúde mental. Isso mostraria que a AB não cumpre seu papel de porta de entrada. Já um número elevado pode indicar consolidação da APS, mas também baixa resolutividade, pois muitos pacientes acabam encaminhados ao nível especializado. Por sua vez, poucos encaminhamentos do CAPS para a AB podem indicar falta de estrutura na APS para acompanhamento desses pacientes, o que gera sobrecarga dos serviços especializados. Um número alto sugere consolidação da AB, mas também baixa resolutividade se muitos pacientes são rapidamente encaminhados. Esses dados - de origem de pacientes acolhidos ou em tratamento, e destino após a alta - são consolidados mensalmente pelos CAPS via RAAS-Psi e podem ser pesquisados no SIA-SUS, podendo indicar aspectos de acesso e resolutividade das eAB para demandas de saúde mental.

Em síntese, identificamos todos os dados potencialmente relacionados à assistência em saúde mental na AB, e especificamente ao AM, presentes no SNIS, em suas dimensões de estrutura, processos e resultados, tomando como referência a perspectiva da equipe apoiadora; excluímos aqueles relacionados a esferas muito amplas da assistência em saúde mental, sensíveis a múltiplos determinantes fora do contexto da AB; e os classificamos em outras dimensões, de acordo com atributos a que se referem, como acesso (da população à assistência especializada ou das equipes ao recurso matricial), de qualidade do AM (de acordo com as diretrizes oficiais estabelecidas para as equipes NASF e que se aplicam a qualquer processo de apoio matricial) e de resolutividade (das equipes apoiadas, ou seja, eSF e eAB). O Quadro 2 sintetiza os dados identificados nos diferentes sistemas do SNIS que foram investigados e escolhidos para a elaboração de indicadores utilizados na próxima etapa do nosso trabalho. Em seguida, apresentaremos os dados extraídos dos sistemas pesquisados, para cada uma das RS previstas.

Quadro 2. Dados identificados nos SIS, indicadores elaborados e dimensões potencialmente avaliadas

Indicador	Cálculo	Sistema de informação	Classificação (Donabedian)	Dimensões / atributos
Cobertura eSF/AB*	% da população coberta pela AB* (até 2017) e potencialmente coberta pela AB* (após 2017); população habitante estimada† da RS	e-Gestor APS; TCU e IBGE†	Estrutura / recurso	Acesso
Equipes de NASF por 10 eSF/AB*	N: nº de equipes NASF D: nº de eSF/AB*	CNES; TCU e IBGE†	Estrutura / recurso	Acesso
Psiquiatras lotados na APS, por eSF/AB*	N: nº de psiquiatras lotados em UBS D: nº de eSF/AB*	CNES	Estrutura / recurso	Acesso
Psicólogos lotados na APS, por eSF/AB*	N: nº de psicólogos lotados em UBS D: nº de eSF/AB*	CNES	Estrutura / recurso	Acesso
Atendimentos executados pelo NASF, por cada 100.000 usuários	N: nº de atendimentos individuais executados pelo NASF em SM; D: população da RS coberta pela AB*	SISAB; TCU e IBGE†	Atividade / processos	Acesso / Integralidade
Atividades coletivas executadas pelo NASF, na temática de SM, por cada 100.000 usuários	N: nº de atividades coletivas executadas pelo NASF, na temática de SM** D: população da RS coberta pela AB*	SISAB; TCU e IBGE†	Atividade / processos	Acesso / Integralidade / Promoção de saúde; clínica ampliada
Atividades coletivas executadas pelo NASF, destinadas aos usuários da SM, por cada 100.000 usuários	N: nº de atividades coletivas executadas pelo NASF, destinadas aos usuários SM*** D: população da RS coberta pela AB*	SISAB; TCU e IBGE†	Atividade / processos	Acesso / integralidade
Atividades de discussão de caso e construção de PTS realizadas pelo NASF com outras equipes, por cada eSF/AB*	N: nº de atividades de discussão de caso e construção de PTS executadas pelo NASF D: nº de eSF/AB*	SISAB	Atividade / processos	Multidisciplinaridade; horizontalidade / apoio
Razão entre o número de atividades individuais e o número de atividades coletivas com usuários, executados pelo NASF, na área de SM	N: nº de atendimentos individuais executados pelo NASF em SM; D: nº de atividades coletivas com usuários****, na área da SM, e realizadas pelo NASF	SISAB	Atividade / processos	Promoção de saúde; clínica ampliada
Razão entre o número de atendimentos individuais e o número de ações de discussão e apoio em equipe, do NASF	N: nº de atendimentos individuais executados pelo NASF; D: nº de atividades coletivas com equipe*****, realizadas pelo NASF	SISAB	Atividade / processos	Multidisciplinaridade; horizontalidade / apoio
Ações de matriciamento em SM na AB realizadas pelo CAPS, por eSF/AB	N: nº de ações de matriciamento realizadas pelo CAPS D: nº de eSF/AB	SIA-SUS	Atividade / processos	Articulação entre serviços da RAS

Quadro 2. Dados identificados nos SIS, indicadores elaborados e dimensões potencialmente avaliadas

Indicador	Cálculo	Sistema de informação	Classificação (Donabedian)	Dimensões avaliadas
Atendimentos em SM executados pelas eSF/AB*, por 100.000 usuários	N: nº de atendimentos individuais em saúde mental executados pelas eSF/AB* D: população da RS coberta pela AB*	SISAB; TCU e IBGE+	Resultados / Desfecho	Acesso / integralidade / qualidade do apoio
Proporção de atendimentos em SM pelas eSF/AB*, em relação ao total de atendimentos dessas equipes	N: nº de atendimentos individuais em saúde mental executados pelas eSF/AB* D: nº de atendimentos individuais pelas eSF/AB, %	SISAB	Resultados / Desfecho	Acesso / integralidade / qualidade do apoio
Visitas domiciliares realizadas pelos ACS, por 100.000 usuários	N: nº de VDs em saúde mental executados pelas eSF/AB* D: população da RS coberta pela AB*	SISAB; TCU e IBGE+	Resultados / Desfecho	Acesso / integralidade / qualidade do apoio
Atividades coletivas executadas pelas eSF/AB, na temática de SM, por cada 100.000 usuários	N: nº de atividades coletivas executados pelas eSF/AB*, na temática de SM** D: população da RS coberta pela AB*	SISAB; TCU e IBGE+	Resultados / Desfecho	Acesso / integralidade / qualidade do apoio
Atividades coletivas executadas pelas eSF/AB, destinadas aos usuários da SM, por cada 100.000 usuários	N: nº de atividades coletivas executados pelas eSF/AB*, destinadas aos usuários SM*** D: população da RS coberta pela AB*	SISAB; TCU e IBGE+	Resultados / Desfecho	Acesso / integralidade / qualidade do apoio
Proporção de encaminhamentos para o NASF e para o CAPS, em relação ao total de atendimentos individuais em SM, executados pelas eSF/AB*	N: soma do nº de encaminhamentos para o NASF executados pelas eSF/AB*, dentre os atendimentos em SM D: nº de atendimentos individuais em SM, executados pelas eSF/AB*	SISAB	Resultados / Desfecho	Acesso / integralidade / qualidade do apoio / resolubilidade
Proporção de encaminhamentos e agendamentos internos (exceto NASF), em relação ao total de atendimentos individuais em SM, executados pelas eSF/AB*	N: soma do nº de AG, EID, EIS, RCC e RCA executados pelas eSF/AB*, dentre os atendimentos em SM D: nº de atendimentos individuais em SM, executados pelas eSF/AB*	SISAB	Resultados / Desfecho	Acesso / integralidade / qualidade do apoio / resolubilidade
Proporção de encaminhamentos externos, em relação ao total de atendimentos individuais em SM, executados pelas eSF/AB*	N: soma do nº de ECAPS, EU, ESE e EI executados pelas eSF/AB*, dentre os atendimentos em SM D: nº de atendimentos individuais em SM, executados pelas eSF/AB*	SISAB	Resultados / Desfecho	Acesso / integralidade / qualidade do apoio / resolubilidade
Pacientes inscritos no CAPS cuja origem foi a AB, por cada 10.000 usuários adscritos à AB	N: consolidado do nº de usuários inscritos/mês no CAPS, cuja origem foi a AB D: população da RS coberta pela AB*	SIA-SUS	Resultados / Desfecho	Acesso / integralidade / qualidade do apoio / resolubilidade

Quadro 2. Dados identificados nos SIS, indicadores elaborados e dimensões potencialmente avaliadas

Indicador	Cálculo	Sistema de informação	Classificação (Donabedian)	Dimensões avaliadas
Proporção de encaminhamentos para o NASF e para o CAPS, em relação ao total de atendimentos individuais em SM, executados pelas eSF/AB*	N: soma do nº de encaminhamentos para o NASF executados pelas eSF/AB*, dentre os atendimentos em SM D: nº de atendimentos individuais em SM, executados pelas eSF/AB*	SISAB	Resultados / Desfecho	Acesso / integralidade / qualidade do apoio / resolubilidade
Proporção de encaminhamentos e agendamentos internos (exceto NASF), em relação ao total de atendimentos individuais em SM, executados pelas eSF/AB*	N: soma do nº de AG, EID, EIS, RCC e RCA executados pelas eSF/AB*, dentre os atendimentos em SM D: nº de atendimentos individuais em SM, executados pelas eSF/AB*	SISAB	Resultados / Desfecho	Acesso / integralidade / qualidade do apoio / resolubilidade
Proporção de encaminhamentos externos, em relação ao total de atendimentos individuais em SM, executados pelas eSF/AB*	N: soma do nº de ECAPS, EU, ESE e EI executados pelas eSF/AB*, dentre os atendimentos em SM D: nº de atendimentos individuais em SM, executados pelas eSF/AB*	SISAB	Resultados / Desfecho	Acesso / integralidade / qualidade do apoio / resolubilidade
Pacientes inscritos no CAPS cuja origem foi a AB, por cada 10.000 usuários adscritos à AB	N: consolidado do nº de usuários inscritos/mês no CAPS, cuja origem foi a AB D: população da RS coberta pela AB*	SIA-SUS	Resultados / Desfecho	Acesso / integralidade / qualidade do apoio / resolubilidade
Pacientes do CAPS que foram encaminhados para a AB para continuidade do tratamento, por cada 10.000 usuários adscritos à AB	N: consolidado do nº de usuários inscritos/mês no CAPS, cujo destino foi a AB D: população da RS coberta pela AB*	SIA-SUS	Resultados / Desfecho	Acesso / integralidade

SM: saúde mental;

AG, EID, EIS, RCC e RCA: agendamento para grupos, encaminhamento interno no dia e intersetorial, retorno para cuidado compartilhado e para consulta agendada, respectivamente.

ECAPS, EU, ESE e EI: encaminhamento para CAPS, urgência, serviço especializado e internação, respectivamente.

* A denominação eSF/AB refere-se às equipes clientes do NASF, conforme portaria vigente em cada ano analisado (até 2017, somente eSF, eCR e eAB para populações específicas; posteriormente, qualquer eAB parametrizada). O mesmo refere-se para a população coberta pela AB (até 2017, somente aquelas adscritas à eSF; após, toda a população potencialmente adscrita a uma UBS).

** As atividades coletivas cuja temática é na saúde mental incluem também aquelas cuja temática envolve o uso de álcool e outras substâncias (exceto tabaco).

*** As atividades coletivas destinadas aos portadores de sofrimento mental incluem também aquelas destinadas a usuários de álcool e outras substâncias (exceto tabaco).

**** As atividades coletivas para usuários compreendem os atendimentos em grupo e as ações de educação em saúde e de mobilização social na área da saúde mental, tanto destinadas especificamente a portadores de sofrimento mental ou decorrente do uso de substâncias quanto as destinadas à população geral, mas abordando tal temática.

***** As atividades coletivas em equipe envolvem as reuniões e encontros com outros profissionais da mesma equipe, de outras equipes ou de outros serviços e setores.

† Os dados de demografia referem-se, até 2021, às estimativas utilizadas pelo Tribunal de Contas da União para determinação das cotas de repasse financeiro do Fundo de Participação dos Municípios; em 2022 e 2023, foram utilizados os dados do Censo 2022 do IBGE, extraídas da página <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>.

Fonte: elaborado pelo autor.

5.3. Extração de dados

Todos os dados extraídos para as 27 RS (que, nesta seção, serão nomeadas pela capital que faz parte da mesma) ao longo da série temporal de 2014 a 2023, para cada um dos indicadores descritos no Quadro 2, foram inseridos em tabelas que se encontram na seção A de Apêndices deste trabalho. As tabelas apresentam também os cálculos de média, mediana e desvio padrão, para cada um dos indicadores. A partir dos dados de desvio padrão atribuímos um gradiente de cores às linhas e colunas das tabelas, que fornecem uma representação gráfica da distribuição dos dados entre as unidades de análise (as RS) e ao longo do tempo. Além disso, para alguns indicadores também elaboramos gráficos, alguns dos quais também se encontram na seção de Apêndices. A seguir fazemos uma síntese a partir da análise descritiva dos dados.

5.3.1 *Análise descritiva dos dados dos potenciais indicadores*

Separamos a apresentação dos dados extraídos de acordo com a dimensão de estrutura, processo ou resultado na qual foram classificados.

5.3.1.1 Indicadores de estrutura

Em relação aos indicadores de estrutura, avaliamos, principalmente, a cobertura das RS pela AB (o cálculo sofreu mudanças ao longo da série temporal; se antes era baseado no número de eSF por unidade territorial, passou a incluir eAB para populações específicas e, posteriormente, eAB parametrizadas por carga horária de profissionais; atualmente o valor é fornecido pelo sistema e-Gestor APS “como cobertura potencial da APS”); e a cobertura por equipe NASF, a qual calculamos por sua relação com o número de dez eSF/eAB. Ao longo da série temporal o NASF também sofreu mudanças em relação às equipes que podiam receber apoio - essas mudanças foram consideradas no cálculo dos indicadores. O denominador foi escolhido por sua proximidade com o parâmetro fornecido pelo MS, antes da PNAB de 2017,

de que uma equipe do NASF deveria apoiar no máximo nove equipes da AB, no caso da modalidade NASF 1, ou menos, nas demais modalidades. As portarias iniciais chegaram a prever um maior número de equipes apoiadas (15 a 20 equipes), mas rapidamente foram retificadas em função de críticas quanto à sobrecarga à qual as equipes foram submetidas (Almeida, Medina; 2021).

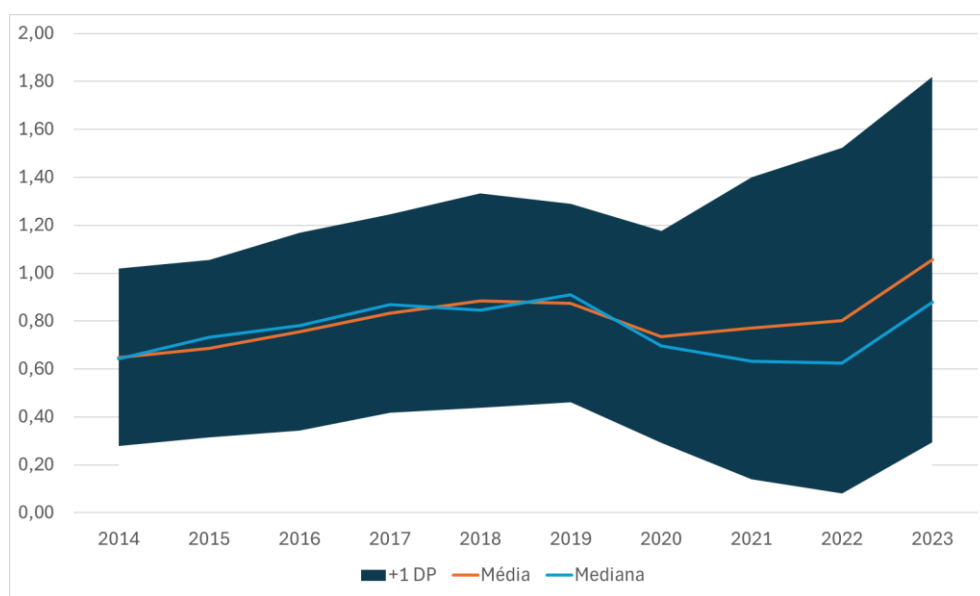
A cobertura pela AB aumentou progressivamente ao longo da série temporal, saindo de uma média de cerca de 57%, em 2014, para 82% em 2023 (Tabela 3 do Apêndice A). Há uma evidente aceleração a partir de 2017, o que coincide com a publicação da nova PNAB naquele ano. A melhora da cobertura sofreu uma redução na velocidade de incremento nos anos de 2020 a 2022, sendo retomada em 2023. Algumas RS se destacam por terem índices de cobertura elevados desde o início da série, como Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis, João Pessoa, Palmas e Teresina. Outras se destacam pelo salto ao longo da série, saindo de índices de cobertura baixos ou muito baixos (neste caso, abaixo de um ou dois desvios padrão em relação à média de todas as RS) para índices bons ou muito bons, como Belém, Cuiabá, Fortaleza e Rio Branco. Por outro lado, algumas RS mostram dificuldade de aumentar seus ainda baixos índices de cobertura, como Goiânia, Maceió, Rio de Janeiro, Salvador, São Luís e São Paulo.

A cobertura pelo NASF também aumentou ao longo da série (Tabela 4), embora se mantenha aquém do ideal, com várias RS exibindo relações menores que um (ou seja, menos de uma equipe do NASF para cada 10 eSF/eAB). Algumas regiões se destacam muito negativamente, como é o caso de São Luís, Porto Velho e Porto Alegre. Cuiabá, Rio Branco, Manaus, Salvador e Vitória também têm histórico ruim, mas com melhora no último ano (especialmente Cuiabá, Manaus e Vitória). Algumas RS, por outro lado, se destacam positivamente: Belo Horizonte, Campo Grande, Florianópolis, João Pessoa, Fortaleza, Macapá, Maceió e Palmas, especialmente as RS que incluem as capitais de Amapá, Santa Catarina e Tocantins, com índices superiores a duas equipes de NASF para cada dez eAB/eSF. A série temporal mostra uma progressiva melhora da cobertura ao longo do tempo até 2019, quando ocorre generalizada piora dos índices de cobertura, os quais iniciam uma recuperação apenas em 2023, como evidencia o Gráfico 1.

O número de psiquiatras lotados na AB (Tabela 5) segue um padrão de alta concentração nas RS dos estados da região Sudeste, com destaque para São Paulo; e de um grande vazio nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Algumas RS destoam, exibindo índices comparáveis aos do Sudeste: Florianópolis, Maceió e, em menor extensão, Campo Grande e João Pessoa. De modo geral, os valores de disponibilidade do psiquiatra na AB são baixíssimos, com médias

quase dez vezes inferiores à disponibilidade de equipes de NASF, ou à disponibilidade destes mesmos profissionais em CAPS ou hospitais e ambulatorios especializados. Além disso, esses valores exibem uma tendência de queda ao longo da série temporal. Por outro lado, a cobertura por psicólogos exibe valores maiores e uma tendência de estabilidade (Tabela 6). Não se observa tanta concentração em alguma região específica, mas as Regiões Norte e Centro-Oeste exibem menor disponibilidade desse profissional. As RS de Aracaju, Belém, Cuiabá, Porto Alegre, Recife, Salvador, São Luís e Teresina são as que exibem os menores números, ao passo que Belo Horizonte, Campo Grande, João Pessoa, Macapá, Maceió, Palmas e Vitória se destacam positivamente. Embora os psicólogos componham as equipes do NASF, a razão do número desses profissionais em relação à população adscrita é mais que três vezes superior à mesma razão para equipes do NASF, indicando que há equipes com mais de um psicólogo em sua composição ou que parte desses profissionais atua na AB sem estar vinculado a uma equipe.

Gráfico 1. Medidas de tendência central da relação entre o número de equipes NASF e 10 eSF, por RS; período 2014-2023



+ 1 DP: intervalo entre menos um e mais um desvio padrão

Fonte: elaborado pelo autor

Por último, no conjunto de indicadores de estrutura, avaliamos o quantitativo de profissionais de nível superior (médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, fonoaudiólogos e enfermeiros) lotados nos CAPS, para avaliar o recurso humano disponível para a realização de ações de apoio matricial na AB. Os dados revelam a consolidação desse serviço (Tabela 7 e Gráfico 9, ambos na seção de Apêndices): quase todas

as RS exibiram aumento consistente no número de profissionais, com manutenção da tendência de aumento ao longo dos últimos anos, e poucas RS se destacam negativamente por ainda manterem números inferiores ao esperado, como Cuiabá, Manaus e Rio Branco. No conjunto de indicadores de processo, foi possível selecionar dados a respeito do volume de produção das equipes do NASF e dos psicólogos, tanto de atendimentos individuais ou coletivos a usuários adscritos, quanto de atividades em equipe, entre as quais se inserem as ações de planejamento, apoio às equipes da AB e de discussão com outras equipes, serviços ou setores. Também calculamos as proporções que a quantidade de cada uma dessas atividades ocupa em relação ao total de ações desenvolvidas por esses profissionais.

5.3.1.2 Indicadores de processo

A produção de atendimentos individuais pelas equipes do NASF exhibe um aumento consistente até 2019, seguido de uma queda abrupta em 2020 e uma recuperação, ainda inferior ao patamar de 2019, somente a partir de 2023. A curva de medidas de tendência central correspondente a essa produção ao longo da série temporal é bastante semelhante àquela observada para o número de equipes do NASF, porém com uma inclinação maior (Gráfico 2). Um padrão relativamente semelhante é observado para o número de atendimentos individuais por psicólogos, porém a inclinação de queda observada em 2020 é menor e a recuperação ocorre já em 2021, mantendo a tendência de incremento ao longo dos últimos 03 anos (apesar do número de profissionais ter se mantido estável) (Gráfico 2).

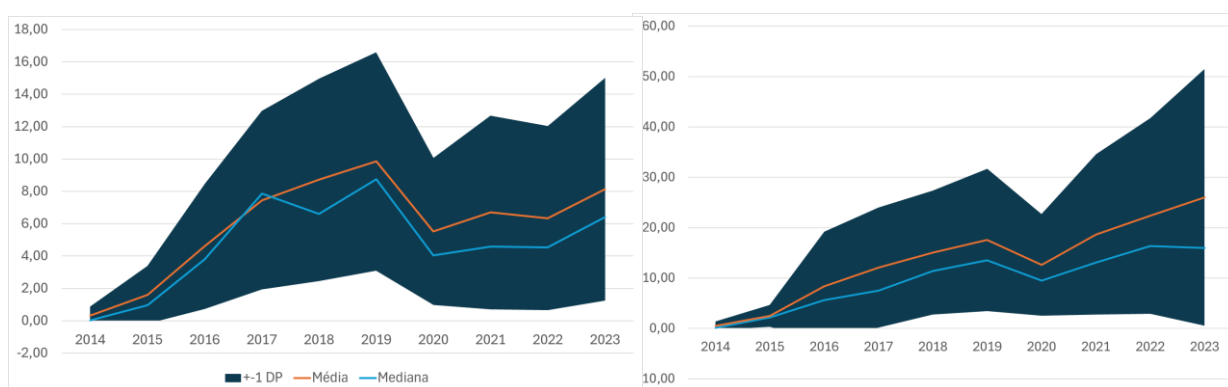
Observa-se também um volume maior de atendimentos individuais entre os psicólogos. É certo que essa produção inclui os atendimentos dos profissionais psicólogos vinculados a equipes NASF,³ entretanto há um excedente importante de produção em relação ao NASF, indicando um contingente relevante destes profissionais que não é vinculado ao Núcleo.

Em relação às particularidades de cada RS (Tabela 8), observa-se que boa parte do crescimento da produção do NASF observado até 2019 deveu-se às RS de estados da região Nordeste, com exceção de Aracaju e Salvador, que se destacam negativamente no cenário regional e nacional. Por outro lado, os estados da região Norte são destaques negativos, com

³ Embora a maior parte dos psicólogos na AB não vinculados ao NASF estejam vinculados a eSF, eCR ou eAB para populações específicas, identificamos um número relevante de dados de produção de psicólogos que não são vinculados a qualquer equipe, e que seriam negligenciados caso optássemos por pesquisar todas as demais equipes com exceção do NASF; assim, optamos por pesquisar a produção de psicólogos sem especificação de equipe, o que, conseqüentemente, inclui toda a produção do NASF executada por esses profissionais.

exceção de Macapá e Palmas que, em consonância com seus dados de estrutura, também figuram entre aqueles com maior produção de atendimentos individuais pelo NASF. As RS de Belo Horizonte, Campo Grande, Florianópolis, Goiânia e São Paulo também se destacam positivamente até 2019. Contudo, algumas dessas regiões não recuperaram a produção após 2020, e em 2023 se mantiveram com maior número de atendimentos individuais por população adscrita somente as RS de Belo Horizonte, Florianópolis, Fortaleza, Macapá, Maceió, Palmas e São Paulo. Algumas RS se destacam por uma produção muito inferior à média de toda a amostra estudada: Aracaju, Belém, Cuiabá, Curitiba, Porto Alegre, Porto Velho, Salvador e São Luís. Embora todas as RS tenham apresentado queda na produção de atendimentos individuais em 2020, algumas exibem reduções mais acentuadas, sendo este o caso de Belo Horizonte, Campo Grande e São Luís e, com pouco menos intensidade, Fortaleza, Goiânia, João Pessoa e Teresina.

Gráfico 2. Medidas de tendência central da relação entre o nº de atendimentos individuais em saúde mental pelo NASF (à esquerda) e por psicólogos (à direita), para cada 1.000 usuários, das 27 RS



+ - 1 DP: intervalo entre menos um e mais um desvio padrão

Fonte: elaborado pelo autor

Já a produção dos psicólogos exhibe um padrão diferente (Tabela 9), corroborando o perfil distinto de atuação entre os psicólogos vinculados ao NASF e os não vinculados: a maior produção concentra-se nos estados das regiões Sudeste e Sul, com exceção da RS de Porto Alegre, que mantém a produção bem abaixo da média. As RS de Fortaleza, Campo Grande, Macapá, Maceió e Palmas mantêm o maior quantitativo de atendimentos individuais, tal como observado na produção do NASF, e a elas se somam as RS de Boa Vista e Goiânia. Outrossim, a queda na produção individual do NASF, observada em 2020, ocorre numa intensidade muito

menor com os atendimentos individuais de psicólogos, e chega a não ocorrer para várias RS, como é o caso do Distrito Federal, Palmas, São Paulo e Vitória.

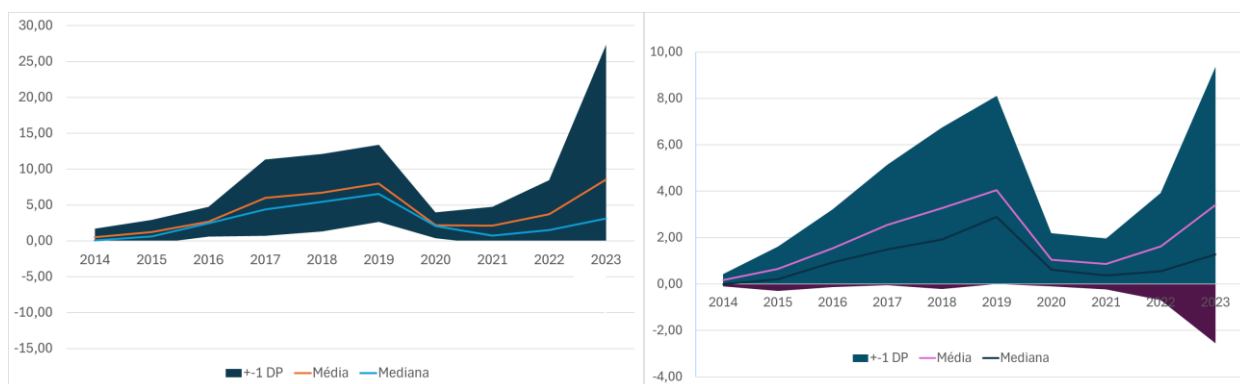
Partamos para a avaliação da produção coletiva das equipes NASF, quer seja de ações coletivas com usuários na área da saúde mental ou direcionadas a portadores de adoecimento psíquico - classificadas pelo SISAB em atendimentos em grupo, ações de mobilização social, educação em saúde e avaliação/procedimento coletivo (este último item contempla ações específicas para alguns programas de saúde que não envolvem a temática da saúde mental); quer seja de atividades em equipe, entre os próprios profissionais do NASF, com outras equipes da AB, ou com outras equipes de outros serviços ou setores - os temas para reunião definidos pelo SISAB para caracterização são questões administrativas ou de funcionamento; processos de trabalho; diagnóstico e monitoramento no território; planejamento e monitoramento das ações; discussão de caso ou PTS; educação permanente; e outros.

Os indicadores de produção de atividades coletivas direcionadas a usuários da AB também foram calculados numa base populacional, tal como feito para os atendimentos individuais, porém para 10.000 usuários. As medidas de tendência central das RS estudadas encontram-se representadas no Gráfico 3. Tomando-se a mediana entre todas as RS como referência, para evitar aquelas que se desviam muito da média, observa-se uma grande diferença no volume de produção: enquanto os atendimentos individuais ocorreram numa razão em torno de 8 para cada 1.000 usuários, por ano, até 2019, e 5, depois disso, as ações coletivas de temática em saúde mental ocorrem numa razão próxima a 4 para cada 10.000 usuários; e as ações destinadas especificamente ao público portador de sofrimento mental ocorrem numa razão ainda menor, em torno de 2 para cada 10.000 usuários. Embora parte das atividades de temática em saúde mental não incluam aquelas para o público específico da saúde mental, e vice-versa, há uma relevante interseção entre esses dois dados – muitas das ações na área da saúde mental incluem, como público-alvo, os portadores de sofrimento psíquico. Mesmo se somadas, entretanto, as ações coletivas são registradas numa frequência mais de 10 vezes menor do que os atendimentos individuais.

A evolução ao longo da série temporal exhibe, por outro lado, um padrão semelhante ao observado para a produção de atendimentos individuais: um aumento consistente até 2019, seguido de uma queda abrupta em 2020 (superior a 70%) com uma recuperação ao longo dos últimos anos ainda inferior aos níveis observados anteriormente. A única diferença de padrão entre as produções das duas ações coletivas analisadas – as de temática na saúde mental e as direcionadas ao público específico da saúde mental – é na variância dos dados entre as

diferentes RS - a produção especificamente orientada para os portadores de sofrimento psíquico exibe uma dispersão maior em torno da média das RS. Dessa forma, para as ações coletivas do NASF junto aos usuários na área da saúde mental, sem especificação de público (Tabela 10), há uma concentração de frequência maior de produção em RS que também já haviam se destacado na produção de atendimentos individuais, como Campo Grande, Florianópolis, Macapá, Palmas e São Paulo, essa em especial; e, numa menor extensão, Belo Horizonte, Fortaleza e Maceió. Duas exceções foram a RS do Distrito Federal, que exibe uma produção relevante em 2022 e 2023, porém com um histórico inconstante ao longo da série temporal; e a RS de São Luís, que exibe um histórico de produção consistente até 2019, a maior da amostra, para tornar-se aquela com a menor produção a partir de 2020.

Gráfico 3. Medidas de tendência central da relação entre o nº de ações coletivas executadas pelo NASF (temática de saúde mental, à esquerda; e direcionadas para portadores de sofrimento mental, à direita) para cada 10.000 usuários, das 27 RS



+1 DP: intervalo entre menos um e mais um desvio padrão. A grande dispersão observada em 2023 é decorrente do aumento hiperbólico da produção da RS de São Paulo

Fonte: elaborado pelo autor

Já a produção de ações especificamente direcionadas para pessoas portadoras de sofrimento mental ou decorrente do uso de substâncias (exceto tabaco) (Tabela 11) exibe protagonismo das RS de Campo Grande, Rio de Janeiro e São Paulo, até 2019, mas também de outras, ainda que em menor extensão, como Belo Horizonte, Fortaleza, Florianópolis, João Pessoa e Natal; e uma concentração maior a partir de 2020, com uma queda da produção nos estados da região Nordeste e a ascensão das RS do Distrito Federal, Macapá e Vitória. Os destaques negativos com relação à produção se repetem para as duas ações: a maior parte das RS dos estados da região Norte, especialmente Belém e Porto Velho; Salvador, Sergipe e Teresina (e Natal, após 2019); Goiânia e Porto Alegre.

Finalmente, na análise dos dados de processo, identificamos indicadores que poderiam, ainda que indiretamente, avaliar aspectos qualitativos do funcionamento das equipes matriciadoras. Assim, buscamos avaliar as proporções entre os dados de atividades coletivas, com usuários ou equipes, em relação ao total de atendimentos individuais ou de ações totais, o que pode indicar o grau de adesão das equipes às normativas que regem o funcionamento do NASF e do AM; e identificar o grau de especificidade das ações com relação à área da saúde mental e seus principais dispositivos. A montagem abaixo (Gráfico 4) indica a proporção em que as atividades direcionadas a usuários (atendimentos individuais e ações coletivas) estiveram relacionadas ao campo da saúde mental.

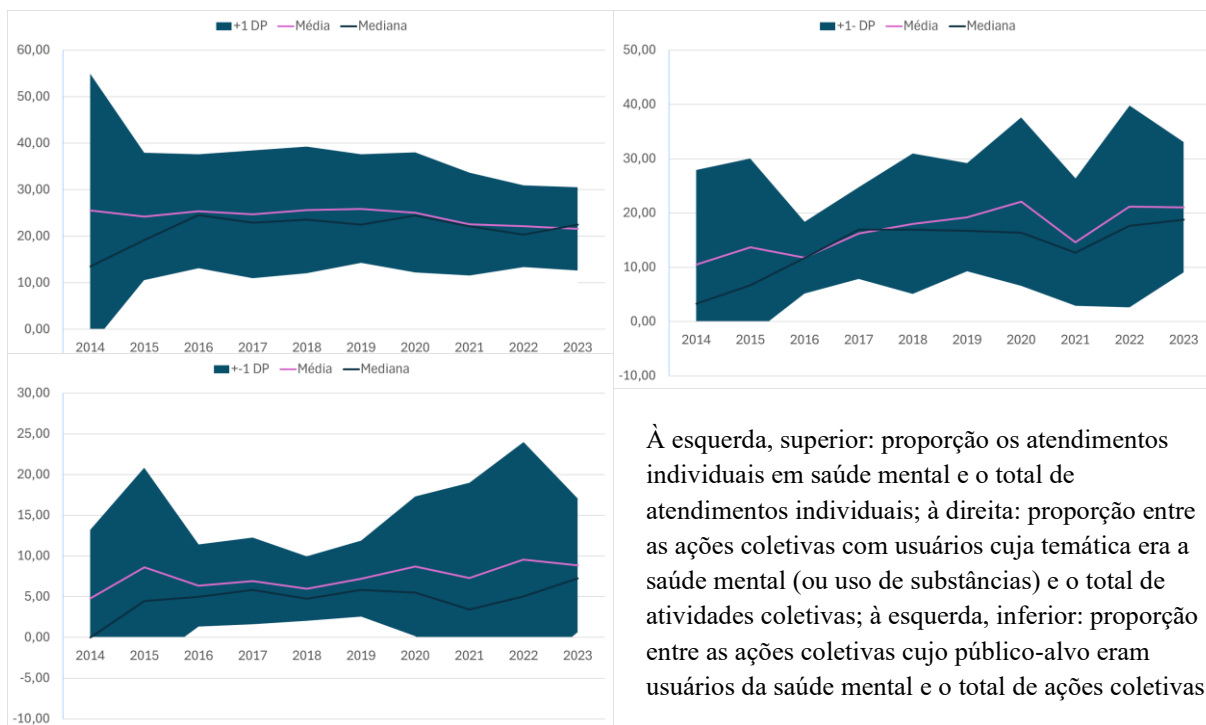
Os dados indicam uma estabilidade da proporção de atendimentos individuais em saúde mental em torno de 20% do total de atendimentos individuais do NASF, indicando a importância deste campo dentre as áreas estratégicas do Núcleo. A proporção de ações coletivas direcionadas a portadores de sofrimento mental ou emocional, ou decorrente do uso de substâncias (exceto tabaco), também é estável ao longo da série temporal, mas em torno de uma proporção bem inferior, de 5% (é importante destacar que os dados referem ao número de procedimentos registrados, e não à carga horária despendida e, no caso das ações coletivas, ao número de usuários atingidos com a intervenção). Já a proporção das ações cuja temática envolvia a saúde mental, ou o uso de substâncias (exceto tabaco), direcionada a todo conjunto de usuários adscritos, sofreu um evidente incremento ao longo dos anos, atingindo um patamar semelhante ao observado para os atendimentos individuais, com o destaque de ter sofrido um aumento mais agudo, seguido de uma redução significativa, em 2020 e 2021, respectivamente, e posteriormente retomado a curva de crescimento prévia a partir de 2022.

Em relação às particularidades de cada RS, a proporção de atendimentos individuais (Tabela 12) se caracteriza por uma grande uniformidade entre as diferentes regiões, com a grande maioria delas exibindo valores dentro da faixa de um desvio-padrão, na maior parte do tempo. As RS de Natal e Vitória exibem proporções positivamente discrepantes, e Distrito Federal e Palmas se destacam negativamente, porém nunca ao longo de toda a série; Macapá e Recife se destacam por manter uma proporção no estrato superior durante todo o período analisado.

Nas ações coletivas destinadas a todos usuários observamos uma concentração de proporções da área da saúde mental maiores nas RS dos estados da região Norte, em especial Macapá e, após 2019, Manaus e Porto Velho; em todos estados da região Sul; em Cuiabá e Distrito Federal (sendo Goiânia um destaque negativo na região e no país); e em São Paulo e, a

partir de 2019, Vitória. Os estados da região Nordeste são um destaque negativo, com exceção da RS de Natal, mas exibem aumento da participação da temática da saúde mental no conjunto de ações coletivos do NASF nos últimos anos. As RS de Belém, Belo Horizonte e a já citada Goiânia são os maiores destaques negativos.

Gráfico 4. Medidas de tendência central das proporções de ações relacionadas ao campo da saúde mental e o total de atividades e procedimentos registrados pelo NASF, das 27 RS, no período de 2014-23



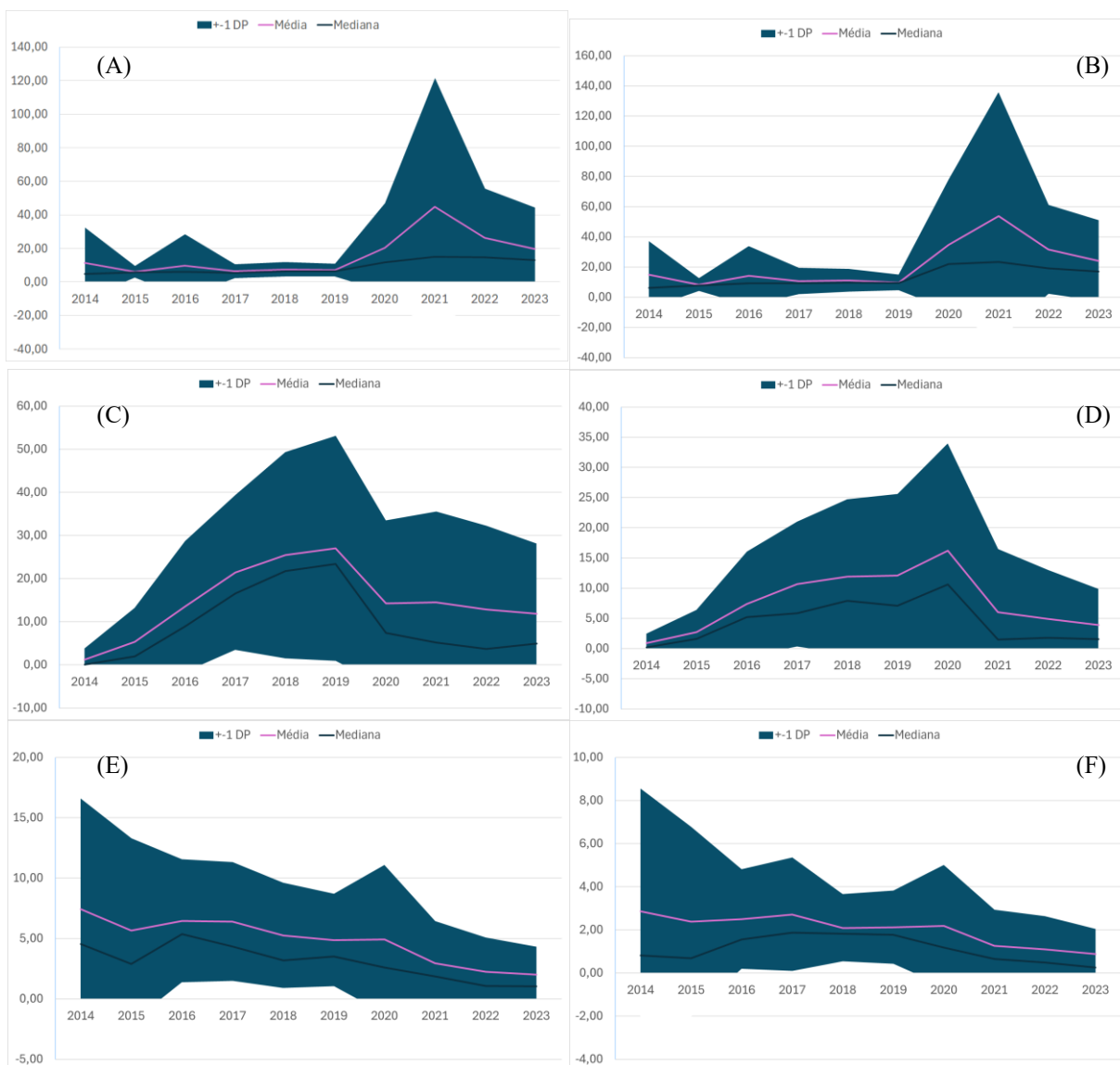
À esquerda, superior: proporção os atendimentos individuais em saúde mental e o total de atendimentos individuais; à direita: proporção entre as ações coletivas com usuários cuja temática era a saúde mental (ou uso de substâncias) e o total de atividades coletivas; à esquerda, inferior: proporção entre as ações coletivas cujo público-alvo eram usuários da saúde mental e o total de ações coletivas.

+1 DP: intervalo entre menos um e mais um desvio padrão.

Fonte: elaborado pelo autor.

Já as ações coletivas realizadas especificamente para os portadores de sofrimento mental ou usuários de substâncias (exceto tabaco), independentemente da temática (Tabela 14), exibem um padrão de proporção em relação ao total de atividades coletivas diferente: há uma evidente concentração de proporções maiores nos estados das regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul (com exceção das RS de Goiânia, um destaque muito negativo, e, em menor extensão, Belo Horizonte e São Paulo, também relativamente baixas); e uma também evidente concentração de proporções menores nos estados das regiões Nordeste e Norte, com exceção das RS de Natal e Recife, cujos valores quase se igualam aos das piores RS do sul do país, e Macapá, que cresce muito nos últimos três anos.

Gráfico 5. Medidas de tendência central do conjunto das 27 RS para as razões entre atendimentos individuais e o total de ações coletivas (acima); razão entre ações de discussão de caso/construção de PTS e de EPS e o número de equipes do NASF (meio); e as proporções entre as atividades em equipe em relação ao total de ações registradas pelas equipes NASF (abaixo); período 2014-2023



A seguir, buscamos avaliar um aspecto qualitativo do funcionamento das equipes NASF através da análise de relações entre os procedimentos registrados. Assim, as razões entre atendimentos individuais e o conjunto de ações coletivas com usuários e equipes; entre ações de discussão de caso/construção de PTS e de educação permanente e o número de equipes do NASF; e as proporções entre as atividades em equipe (e, especificamente, com outras equipes de saúde) em relação ao total de ações e procedimentos registrados pelas equipes NASF, podem indicar dimensões concernentes ao modo e qualidade do seu funcionamento, como: a) a priorização de ações coletivas sobre individuais, ou o contrário; b) o uso dos principais dispositivos e tecnologias prescritos para a operacionalização do NASF - PTS e EPS, junto ao apoio matricial; c) a própria dimensão do apoio, revelada pela frequência com que as equipes NASF reúnem-se especificamente com outras equipes em relação ao total de ações registradas pelas mesmas. Deve-se destacar que, obviamente, somente uma parte das ações de apoio é captada por esse indicador, relacionada aos momentos de encontro formal entre as equipes e que são registrados. As diversas outras ações concernentes ao AM, como os espaços informais de encontro e as ferramentas de comunicação dinâmicas que também possibilitam apoio, bem como os atendimentos individuais e visitas domiciliares compartilhadas e os instrumentos criados pelas equipes para suporte técnico, regulação de fluxo, etc. não são captadas por esses dados. A montagem a seguir (Gráfico 5) ilustra a evolução do consolidado de dados das RS estudadas ao longo da série temporal de 10 anos.

Observamos que os atendimentos individuais são registrados, considerando-se a mediana dos dados, 20 vezes mais que as ações coletivas (valores que ficam apenas ligeiramente mais elevados quando consideramos as ações coletivas com usuários, somente), após 2019, e cerca de metade disso, 10 vezes mais, até 2019. Não é possível estabelecer parâmetros ideais uma vez que os números se referem à frequência de registro, e não à carga horária despendida e ao número de usuários atingidos. Contudo, a evolução, indicando que os atendimentos individuais foram muito mais priorizados após 2019, é uma informação a ser analisada, bem como as diferenças regionais observadas (Tabelas 15 e 16).

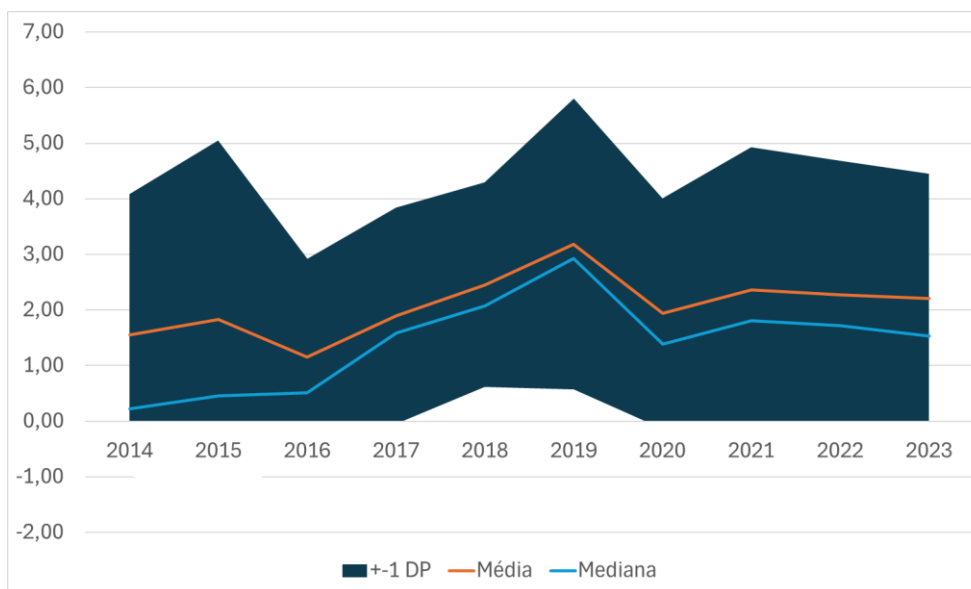
Até 2019, as RS de Distrito Federal, Maceió, Natal, Recife, Rio de Janeiro, Salvador, São Luís e, especialmente, Cuiabá, Porto Velho e Vitória se destacam com razões menores, indicando não haver uma priorização tão grande dos atendimentos individuais. Após 2019, porém, todas pioram bastante, sendo que apenas as RS de Maceió, Recife e Distrito Federal mantêm razões um pouco mais baixas. Quando se considera a razão entre os atendimentos individuais e as ações coletivas, especificamente, com usuários, as RS de Aracaju e Belo

Horizonte também exibem valores um pouco menores, indicando que elas, nas ações com usuários, não priorizam tanto os atendimentos individuais em detrimento dos coletivos; mas que as ações com usuários são priorizadas em relação às atividades entre profissionais.

Os dados também indicam que cada equipe do NASF registrou a cada, na média das RS e da série temporal, algo em torno de 10 ações de discussão de caso ou construção de PTS, e 5 ações de EPS (Tabelas 17 e 18). Nos parecem valores muito baixos, considerando que cada equipe presta suporte, também na média, a mais de 10 eSF, conforme indicam os dados do CNES já apresentados neste trabalho. É evidente que os dispositivos de construção (compartilhada ou não) do PTS e da EPS vinham numa trajetória ascendente até 2019 e 2020, respectivamente, quando iniciaram franca queda, ainda sem sinais de recuperação. Para as ações de PTS, as RS pertencentes aos estados das regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul se destacam, com exceção de Curitiba e Goiânia. As RS das regiões Sul e de Cuiabá perdem esse destaque após 2019. Algumas RS de outras regiões também se destacam no cenário nacional, incluindo Maceió, Palmas e Recife, durante toda a série, e Natal, Porto Velho, Salvador e São Luís, até 2019. Já para as ações de EPS, há um evidente destaque das RS de Distrito Federal, Palmas e Recife, que perdura para além de 2020. Antes, as RS de Belém, Cuiabá, Porto Velho, Rio de Janeiro Salvador e São Luís e, em menor extensão, Fortaleza e Porto Alegre (apenas por um breve período), também tiveram destaque,

Por fim, avaliamos os dados que captam pelo menos parte das ações objetivas de AM, relacionados à frequência de reuniões das equipes NASF com outras equipes, ou seja, do espaço formal de encontro entre as equipes matriciadoras e as equipes apoiadas, ou à frequência de encontros, com ou sem outras equipes, para discussão de processos de trabalho, diagnóstico do território, monitoramento e planejamento das ações e de articulação intersetorial. Constatamos que a proporção dessas atividades entre todas as ações e atendimentos desenvolvidos pelo NASF exibe uma tendência de queda progressiva ao longo de toda a série temporal, tendência essa que se repete por praticamente todas as RS (poucas exibem estabilidade, e nenhuma mostra crescimento) (Tabelas 19 e 20). Os dados parecem indicar que a proporção das ações de apoio às equipes vai sendo esmagada, ao longo do tempo, pelas atividades direcionadas aos usuários. Somente a RS de Recife tem proporção superior a 10% ao longo da maior parte da série temporal, e algumas poucas (Distrito Federal, Maceió, Natal, Porto Alegre, Porto Velho, São Luís, Salvador e Vitória) atingem, ainda que por poucos anos (e, na maioria das vezes, até 2018), algo próximo ou superior a esse valor.

Gráfico 6. Medidas de tendência central razões entre a frequência de ações de matriciamento na AB realizadas pelo CAPS e o n° de eSF/eAB



+1 DP: intervalo entre menos um e mais um desvio padrão.

Fonte: elaborado pelo autor.

Finalizamos a análise relacionada a potenciais indicadores de processo com um dado que, de fato, foi monitorado pelo MS, conforme Pactuação Interfederativa vigente até 2021: o número de ações de matriciamento na AB realizadas pelo CAPS, que se complementaria, portanto, às ações desenvolvidas pelo NASF para qualificação do AM na APS. A avaliação da frequência de sua realização por eSF ao longo do tempo, tomando o conjunto das 27 RS, indica um aumento progressivo até 2019, quando então sofre um revés e adquire uma tendência de estabilidade num nível inferior ao seu ápice (Gráfico 6). É importante destacar que as médias são bem pequenas, em torno de 2 (ou menores que isso, se tomarmos os valores de mediana, que exclui os poucos *outliers*), o que indica que cada equipe de eSF tem registrada uma ou duas ações de matriciamento realizado pelo CAPS por ano. Algumas RS se destacam com maiores frequências, como as de Belém, Porto Alegre e São Paulo; Recife e Teresina também se destacam, mas com menores valores e por menos tempo, assim como o Rio de Janeiro, a única que efetivamente exibiu um incremento de ações e hoje ocupa o segundo lugar num virtual *ranking* desse indicador, dentro da amostra estudada (Tabela 21). Por outro lado, as RS de Macapá, Porto Velho, Rio Branco, Goiânia e, numa menor extensão, Florianópolis e Palmas, são destaque negativo.

5.3.1.2 Indicadores de desfecho

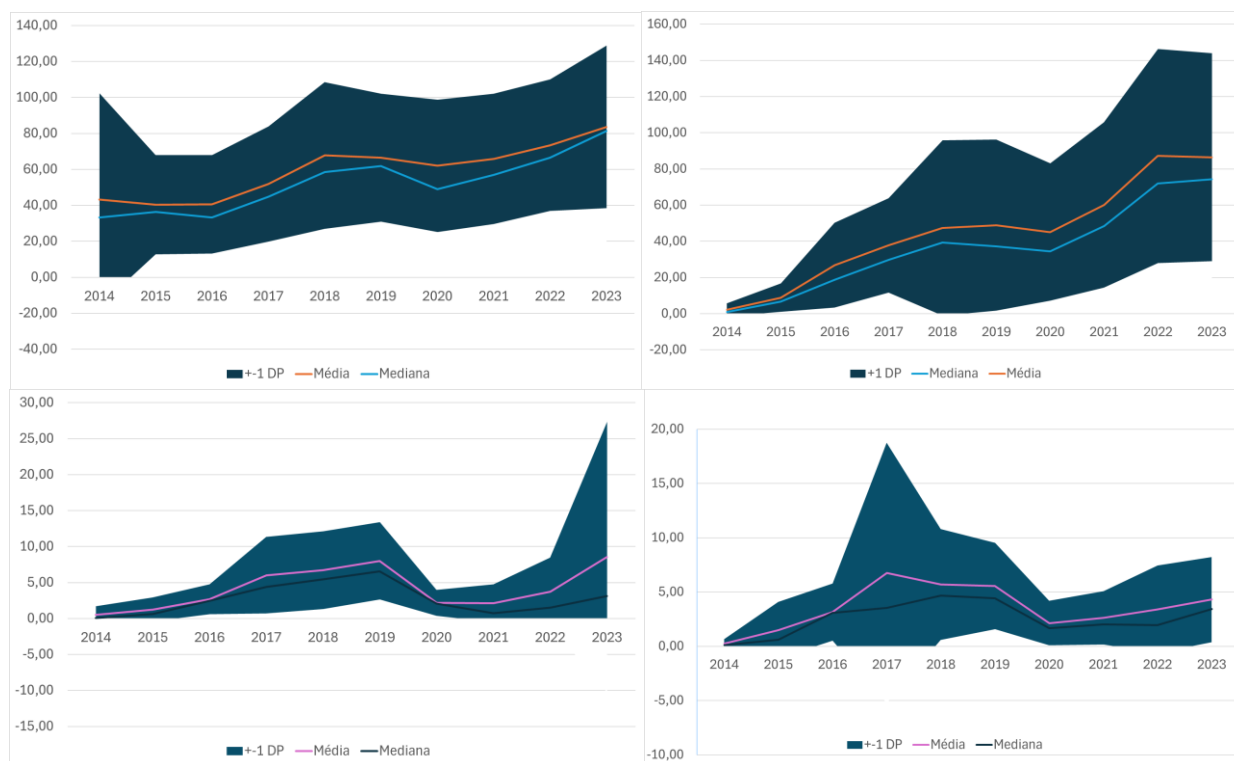
Como já esclarecemos, os dados extraídos revelam os potenciais efeitos da prática matricial sobre as equipes apoiadas, e se relacionam, portanto, ao funcionamento das eSF/eAB. Em primeiro lugar, a produção dessas equipes voltada a usuários da saúde mental, ou a essa área temática. Identificamos os dados de atendimento individual (pelas eSF e eAB, ou seja, realizados, maiormente, por médico ou enfermeiro), as ações coletivas com usuários, tanto de temática relacionada à saúde mental quanto especificamente direcionadas aos portadores de sofrimento mental, e as visitas domiciliares realizadas pelos ACS (que incluem tanto as visitas realizadas pelos agentes, somente, ou aquelas em que um ou mais componentes das equipes, incluindo eSF, NASF, etc., os acompanham).

O Gráfico 7 ilustra as medidas de tendência central para as 27 RS estudadas. As curvas, apesar de exibir graus de variância distintos para cada uma das medidas, exibem um padrão semelhante: crescimento expressivo de 2015 a 2018 (exceto a razão de atendimentos individuais, cujo crescimento se inicia em 2016) ao qual se segue curto período de estabilidade, até 2019 (com exceção da razão de atividade coletivas de temática na saúde mental, que mantém crescimento até esse ano); uma queda acentuada em 2020 (sendo menos acentuada para os atendimentos individuais e especialmente para as visitas domiciliares); e a retomada do crescimento a partir de 2021 (com exceção, novamente, da razão de atividades coletivas de temática na saúde mental, que só retomam o crescimento em 2023, e de forma menos vigorosa), que é especialmente acentuada para a razão de visitas domiciliares, cujos valores quase dobram após 2020.

Na análise dos dados separados por RS evidenciam-se algumas diferenças e semelhanças (Tabelas 22 e 23) em relação aos dados de estrutura e processo. As RS dos estados da região Nordeste e Sul, de modo geral, se destacam com elevadas razões de atendimentos individuais em saúde mental pelas eSF, com exceção de Salvador, que é um destaque negativo, junto às RS da região Norte e Centro-Oeste, e da RS de Curitiba, que fica próxima à média. No Sudeste, Rio de Janeiro se destaca positivamente e as demais também acompanham a média. Quanto à razão de visitas domiciliares para pacientes em sofrimento mental ou decorrente do uso de substâncias, as RS do Nordeste mantêm o destaque positivo (com exceção de Aracaju, que fica abaixo da média nacional), e a elas se juntam as RS da região Centro-Oeste (com exceção do Distrito Federal, que é um destaque muito negativo), Belo Horizonte, Macapá,

Palmas e Salvador. Os destaques negativos ficam com os demais estados da Região Norte, Rio de Janeiro e São Paulo, além do já citado Distrito Federal.

Gráfico 7 - Medidas de tendência central da produção individual (acima) e coletiva (abaixo) das eSF/eAB, por usuários adscritos (1.000 pessoas nas ações individuais e 10.000 nas coletivas), das 27 Regiões de Saúde estudadas; período: 2014-2023



Acima, à esquerda: razão entre o nº de atendimentos individuais das eSF/eAB para cada 1.000 pessoas adscritas à AB; acima, à direita: razão entre o nº de visitas domiciliares dos ACS para cada 1.000 pessoas adscritas à AB; abaixo, à esquerda: razão entre o nº de atividades coletivas executadas pelas eSF/eAB cuja temática envolvida a saúde mental ou o uso de substâncias, exceto tabaco (sem especificação de público alvo), para cada 10.000 pessoas adscritas à AB; abaixo, à direita: razão entre o nº de atividades coletivas executadas pelas eSF/eAB cujo público alvo eram os portadores de sofrimento mental ou decorrente do uso de substâncias, exceto tabaco (sem especificação de temática), para cada 10.000 pessoas adscritas à AB.

Fonte: elaborado pelo autor.

Já os dados concernentes às ações coletivas exibem um padrão bem distinto (Tabelas 24 e 25). As RS de Distrito Federal e Porto Alegre, abaixo da média nacional na produção de atendimentos individuais e visitas domiciliares em saúde mental, se colocam entre os destaques positivos para ambas as produções coletivas com usuários. Algumas RS da região Norte também se destacam positivamente: Macapá, nas ações destinadas a usuários da saúde mental (mas não nas atividades na temática de saúde mental para o público geral); e Manaus e Porto Velho nas ações cuja temática é a saúde mental (mas não nas ações destinadas a usuários da saúde mental), junto com Campo Grande e Rio de Janeiro, esses em menor extensão. O

Nordeste perde o protagonismo constatado para as ações individuais, especialmente após 2019, mas ensaia uma recuperação nos últimos anos, se aproximando da média nacional. Aracaju, por outro lado, mantém-se como a RS com os baixos valores de produção na área. No Sul e no Centro-Oeste, Campo Grande, Cuiabá e Florianópolis acompanham o Nordeste, saindo de uma posição de protagonismo nacional para valores de produção muito baixos após 2019. As RS da região Sudeste, em geral, ficam abaixo ou próximas à média nacional, com exceção de Belo Horizonte, que se destaca na produção de atividades destinadas a portadores de sofrimento mental (mas não na produção de atividades na temática de saúde mental).

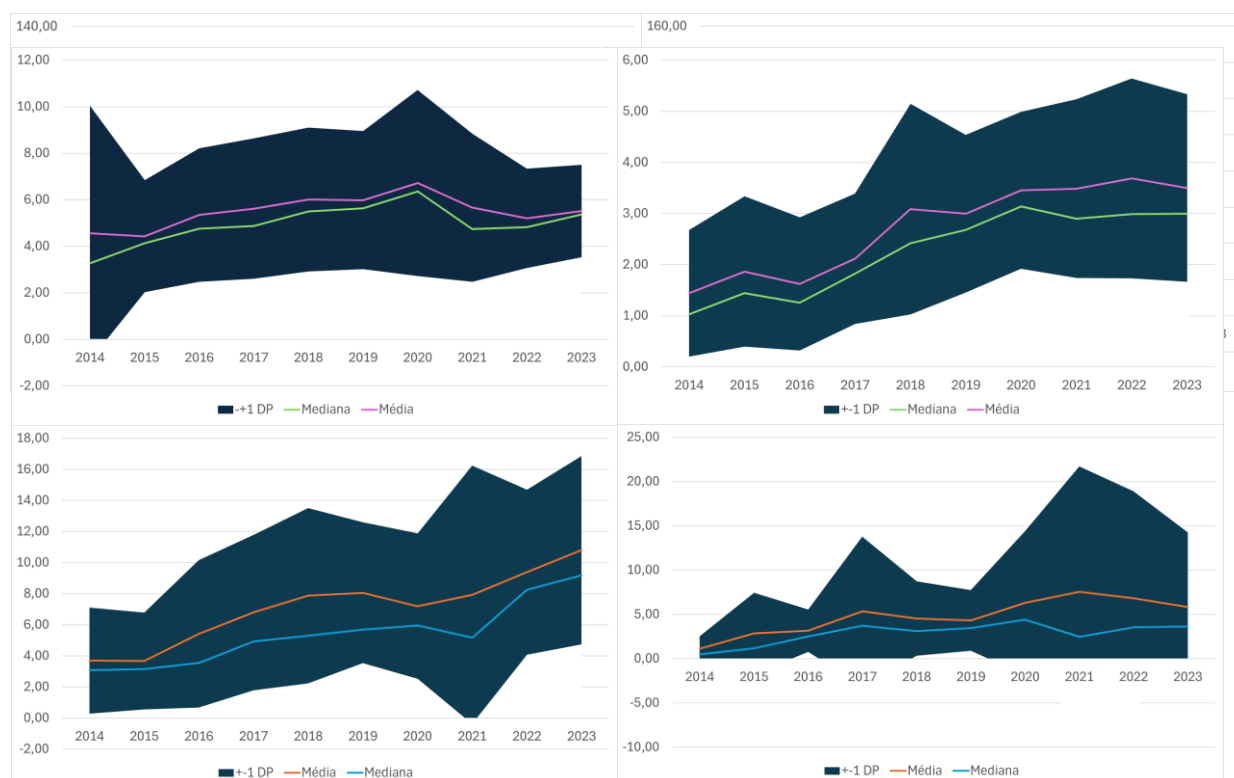
Avaliamos, também, para cada uma das modalidades de assistência analisadas - atendimento individual, visita domiciliar, atividade coletiva de temática na área e atividade coletiva destinada a portador de sofrimento mental, as proporções atingidas pela produção especificamente no campo da saúde mental em relação ao total de produção, para cada modalidade. Os dados consolidados das 27 RS ao longo da série temporal se encontram ilustrados no Gráfico 8.

Entre as 4 modalidades, constata-se que as proporções dos atendimentos individuais a usuários da saúde mental e ações coletivas também especificamente direcionadas a portadores de sofrimento mental tiveram uma tendência de aumento muito tímida, indicando uma quase estabilidade em torno de 5% (um pouco abaixo, no caso das ações coletivas, e um pouco acima, no caso dos atendimentos individuais). Para ambas as modalidades fica muito evidente uma queda nas proporções ocupadas pela saúde mental ocorrida em 2021 (e não em 2020, como vinha ocorrendo com os demais indicadores), sem que tenha havido, ainda, uma recuperação dos valores anteriores (no caso das ações coletivas, tal fenômeno se constata com a observação da mediana, que exclui um grande *outlier* que distorceu os dados da média). Essas duas modalidades exibem importantes divergências na avaliação separada por RS.

A análise dessas duas modalidades, separada por RS (Tabelas 26 e 27), evidencia algumas diferenças notáveis: as RS da região Nordeste, especialmente Fortaleza, Maceió, Natal e Recife, excetuando Salvador, se destacam com as maiores proporções ocupadas pela saúde mental na razão de atendimentos individuais, juntamente com a RS de Belém (apenas após 2019) e Macapá, que exibe um crescimento rápido nos últimos dois anos e hoje ocupa a liderança dentro da amostra estudada; Florianópolis e Porto Alegre também se destacavam nacionalmente, mas experimentaram grandes quedas a partir de 2021. Além de Salvador, Belo Horizonte, Curitiba, Distrito Federal e as RS da região Norte são um destaque negativo. Por outro lado, nas ações coletivas destinadas a usuários da saúde mental, as RS da região Nordeste,

exceto Maceió, exibem as menores proporções, enquanto as RS de Belo Horizonte, Distrito Federal e Florianópolis tem forte destaque positivo, juntamente ainda à RS de Cuiabá, que havia se colocado próximo à média na análise anterior. As RS da região Norte, por sua vez, mantêm o viés negativo, da mesma forma que Porto Alegre, que repete o padrão de piora após 2019.

Gráfico 8 - Medidas de tendência central da proporção ocupada pela saúde mental na produção individual (acima) e coletiva (abaixo) das eSF/eAB, em %, das 27 Regiões de Saúde estudadas; período: 2014-2023



Proporção dentre o total de procedimentos realizados de cada modalidade, em %: acima, à esquerda: atendimentos individuais em saúde mental; acima, à direita: visitas domiciliares para acompanhamento de usuários portadores de sofrimento mental ou decorrente do uso de substâncias, exceto tabaco; abaixo, à esquerda: ações coletivas cuja temática foi a saúde mental, sem especificação de público alvo; abaixo, à direita: ações coletivas cujo público alvo foi de usuários da saúde mental, sem especificação de temática.

Fonte: elaborado pelo autor.

Já os dados referentes realização de visitas domiciliares e à realização de atividades coletivas sem restrição de público exibem clara tendência de aumento da proporção da área da saúde mental ao longo da série temporal, embora, numericamente, ainda sejam baixos (em torno de 4-5% para as visitas e 8-10% para as atividades coletivas). Novamente constata-se diferenças regionais: as RS da região Nordeste, mais uma vez, são destaque positivo nas ações individuais, no caso, na proporção de visitas domiciliares realizadas para acompanhamento de questões de saúde mental; Aracaju, Fortaleza e Teresina são exceções. A elas se juntam as RS de Belo

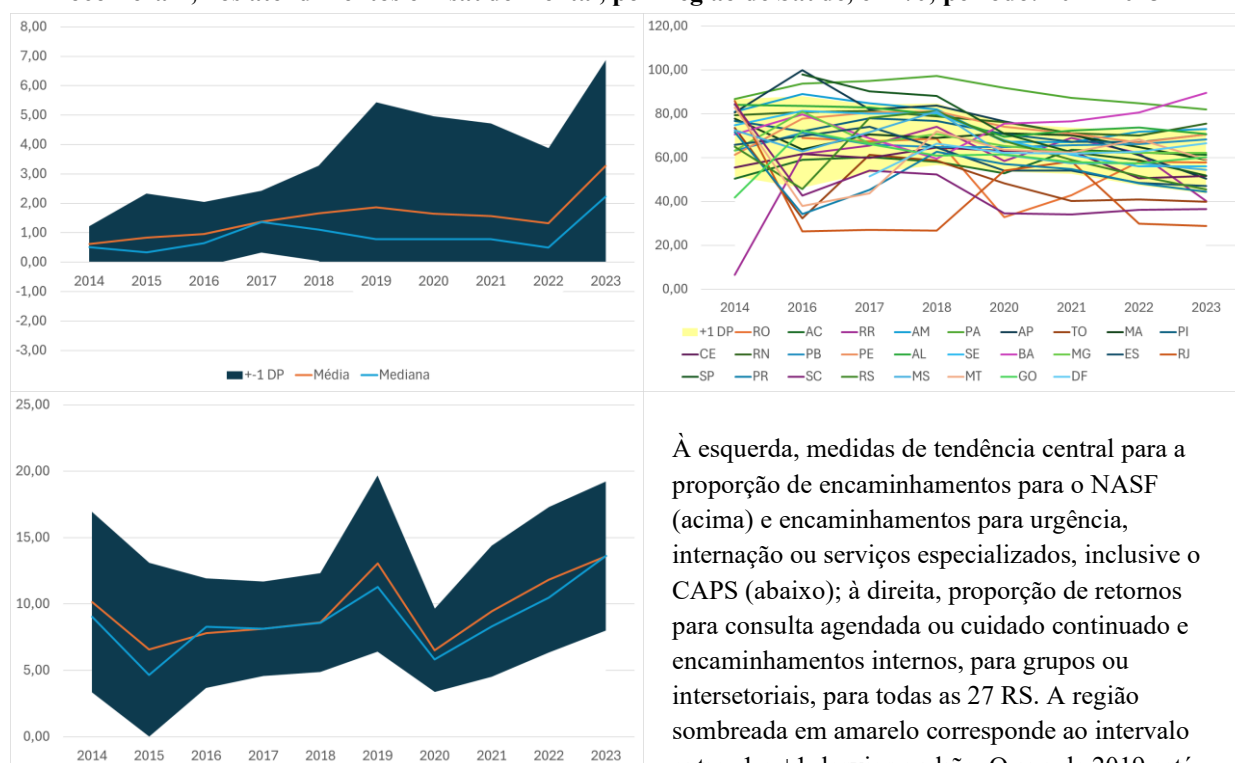
Horizonte, Porto Alegre e, em menor extensão, Campo Grande (que piorou após 2019), Goiânia e Macapá (que melhoram após 2019). Contrariamente, na proporção de ações coletivas cuja temática é relacionada à saúde mental, as RS da região Nordeste e de Goiânia se destacam negativamente, ao passo que as RS da região Sul, Vitória e, em menor extensão, Belo Horizonte, exibem os maiores valores. A região Norte exibe valores muito baixos em ambas as modalidades, apesar da tendência de melhora nos últimos anos.

Avaliamos também as proporções em que cada desfecho previsto para o encerramento de um atendimento individual é assinalado pelos profissionais da eSF/eAB, reunindo-os em grupos - encaminhamentos para a urgência, hospitalização e serviços especializados, incluindo o CAPS, num grupo; para grupos realizados na AB, internos na UBS, intersetoriais e retornos para cuidado continuado ou consulta agendada, no outro; e encaminhamentos para o NASF, no último grupo. O Gráfico 9 apresenta a evolução da proporção de desfechos de cada grupo ao longo da série temporal.

Observa-se que, para a proporção de encaminhamentos ao NASF, apesar do aumento do limite superior da variação entre as RS estudadas, a curva de mediana, que exclui os valores muito discrepantes, se manteve praticamente estável até 2022, exibindo um leve incremento até 2017 e posteriormente um decréscimo, e somente em 2023 observamos aumento expressivo. As curvas de proporção de encaminhamentos internos ou de retornos para cuidado continuado pelas eSF/eAB exibem os maiores valores, entre 50-80% mas, ao mesmo tempo, uma tendência geral de queda, com poucas exceções. Contrariamente, a proporção de encaminhamentos externos à AB, que incluem os serviços de urgência, hospitalares e especializados, como ambulatorios e CAPS, tem valores menores, em torno de 7-15%, mas exibe uma clara tendência de alta, apesar das variações ao longo da série. De modo geral, os dados mostram que as equipes de eSF/eAB estão acionando ligeiramente mais os outros níveis de assistência, e um pouco menos os próprios recursos presentes na APS.

Destacam-se algumas especificidades regionais (Tabelas 29, 29 e 30): para as proporções de encaminhamentos ao NASF, as RS de Belo Horizonte, Curitiba, Macapá e Rio de Janeiro mostram os maiores valores. De modo geral, as RS da região Norte exibem valores um pouco acima da média nacional, mas tem uma leve tendência de queda nos últimos anos; e as RS das regiões Nordeste e Centro-Oeste exibem valores abaixo. O incremento acentuado observado em 2023 ocorreu em função de apenas uma RS com padrão discrepante: a de Curitiba, que assinala o encaminhamento ao NASF em mais de 10% dos atendimentos individuais em saúde mental (ante uma média nacional de menos de 2%).

Gráfico 9 - Proporção em que os diferentes grupos desfechos previstos para atendimento individual ocorreram, nos atendimentos em saúde mental, por Região de Saúde, em %; período: 2014-2023



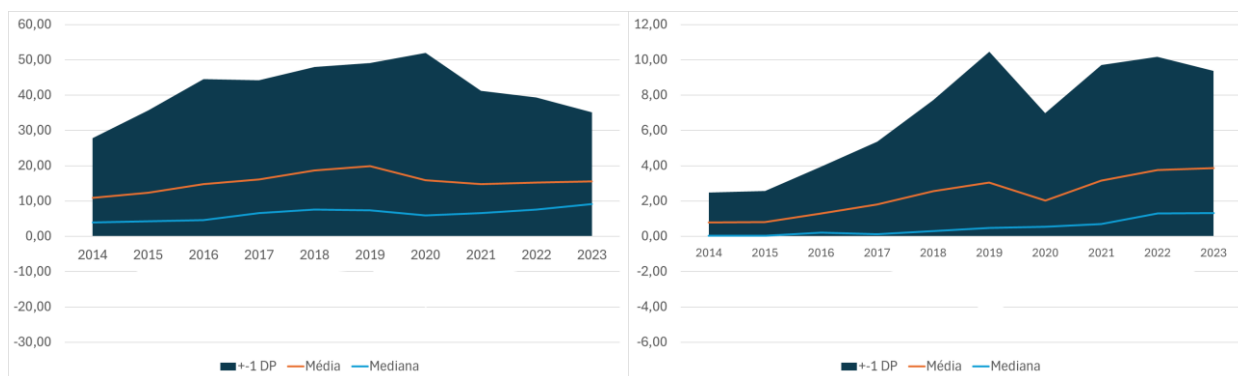
À esquerda, medidas de tendência central para a proporção de encaminhamentos para o NASF (acima) e encaminhamentos para urgência, internação ou serviços especializados, inclusive o CAPS (abaixo); à direita, proporção de retornos para consulta agendada ou cuidado continuado e encaminhamentos internos, para grupos ou intersetoriais, para todas as 27 RS. A região sombreada em amarelo corresponde ao intervalo entre -1 e +1 desvios-padrão. O ano de 2019 está omitido no gráfico à direita pois há um erro no banco de dados da fonte (SISAB).

Fonte: elaborado pelo autor

As proporções de encaminhamentos internos são notoriamente baixas nas RS das regiões Sudeste e Sul, e também Centro-Oeste, em menor intensidade. Os valores são maiores nas RS das regiões Nordeste e Norte, mas observa-se uma tendência de piora, com exceção de Belém e Salvador, as únicas RS que se destacam positivamente. As menores proporções de encaminhamentos internos são observadas em Florianópolis, Palmas e Rio de Janeiro. Por fim, as proporções de encaminhamentos externos não exibem um padrão regional claro: os menores valores ocorrem em Florianópolis, João Pessoa, Porto Alegre e Rio de Janeiro, enquanto os maiores são vistos em Aracaju, Belo Horizonte, Macapá, Manaus e Teresina.

Por fim, extraímos os dados do SIA-SUS que indicam a razão de usuários, em base populacional (dos usuários adscritos à AB para cada RS), que foram acolhidos ou que estão em tratamento nos CAPS e que foram encaminhados pela AB, bem como a razão, também em base populacional, daqueles que receberam alta e que foram encaminhados para APS para continuidade do tratamento, se indicado. As medidas de tendência central do consolidado das 27 RS encontram-se ilustradas no Gráfico 10.

Gráfico 10 - Medidas de tendência central da razão de pacientes, por cada 10.000 habitantes adscritos à AB, em tratamento ou que foram acolhidos no CAPS e que tiveram origem na AB (à esquerda); e que receberam alta do CAPS e foram encaminhados à AB (à direita)



+1 DP: intervalo entre menos um e mais um desvio padrão.

Fonte: elaborado pelo autor.

Os dados relacionados à origem e ao destino dos pacientes acolhidos e em tratamento no CAPS revelam tendências semelhantes, apesar da enorme variância da amostra. Assim, percebe-se um leve mas constante incremento em ambas razões, indicando que a APS parece estar num processo de consolidação como um serviço de assistência em saúde mental conforme previsto pela RAPS. Contudo, os valores são bastante discrepantes, sendo que a APS como origem é registrada quase cinco vezes mais do que como destino. Isso indica haver uma elevada taxa de retenção dos pacientes nos CAPS, ou um elevado número de altas e transferências sem a realização do encaminhamento qualificado para a APS.

Em relação às diferenças regionais, algumas RS se destacam por terem alta concordância entre as medidas de origem e destino, como Curitiba, por um lado, que exibe, ao longo de toda série temporal, os maiores valores; e Distrito Federal e Rio Branco, por outro, que exibem os menores valores. De modo geral, os maiores números estão concentrados nas regiões Sul e Sudeste, especialmente Curitiba, Rio de Janeiro e São Paulo, e também, com menor intensidade, em Florianópolis e Porto Alegre. Belo Horizonte também tem números elevados de pacientes cujo destino foi a AB, mas fica próximo à média nacional para os pacientes encaminhados por ela. As RS das regiões Norte e Nordeste concentram os menores números, com algumas exceções: para o destino para a AB, Belém, Manaus, João Pessoa e Recife exibem valores elevados ao longo da série, e Maceió, Natal e mais recentemente Aracaju ficam mais próximos à média. Para a origem na AB, novamente Belém e Manaus, e também

Porto Velho, exibem valores próximos à média, bem como as RS do Nordeste; João Pessoa, Maceió, Recife e Teresina exibem tem valores elevados.

Assim, finalizada a extração de dados, selecionamos alguns dos potenciais indicadores para análise estatística inferencial, conforme descrito a seguir.

5.3.2 Análise inferencial

Os indicadores selecionados foram convertidos em variáveis e estas incluídas em dois modelos de regressão: um para indicadores de estrutura e processo; e outro que inclui os indicadores de desfecho. Na primeira análise, os indicadores de estrutura foram as variáveis independentes ou preditoras, e os indicadores de processo foram as variáveis dependentes. Na segunda, os dois grupos anteriores foram as variáveis preditoras, enquanto os indicadores de desfecho foram as variáveis dependentes. Foi aplicado o teste VIF para afastar multicolinearidade e excluir as variáveis altamente correlacionadas que poderiam distorcer o modelo. Cada variável dependente (as de processo, na primeira análise, as de desfecho, na segunda) foi analisada em relação às demais variáveis, utilizando-se de modelos de regressão em painel com ajuste robusto de erros padrão. Os coeficientes de regressão de cada variável analisada, na primeira e segunda análises, se encontram descritos nas Tabelas 1 e 2, respectivamente.

De modo geral, os dois modelos foram considerados significativos do ponto de vista estatístico, exibindo valores de teste F e qui-quadrado elevados com p-valores muito baixos (< 0.0001 , pelo menos). Somente na avaliação da predição das variáveis VD12, VD13, VD16 e VD17 é que o modelo não foi considerado significativo (destas, três relacionam-se aos dados extraídos do SIA, produzidos pelo CAPS; e uma a um dos desfechos de atendimento individual em saúde mental). Apesar da significância estatística, pondera-se que as medidas do R^2 , para a maior parte das variáveis dependentes analisadas, foram baixas, indicando que a proporção de sua variabilidade que é explicada pelas variáveis independentes que utilizamos nos modelos, ainda que significativa e inconteste, também é baixa. Ou seja, o modelo que elaboramos com os dados disponíveis para buscar prever alguns dados a partir de outros, o que pode subsidiar a construção de indicadores, foi considerado válido, porém incapaz de explicar toda a dinâmica dos dados ao longo do tempo e entre as diferentes unidades de análise. Era uma situação de certa forma esperada, considerando a complexidade do cenário avaliado e a fragilidade dos dados, que não foram especificamente elaborados para um processo de avaliação e pesquisa.

Tabela 1: Análise entre indicadores de estrutura e processo - coeficientes de regressão das variáveis e seus respectivos níveis de significância estatística

VI/VD		VE1	VE2	VE3	VE4	R ²
VP1	Coef.	0,0513	5,2583	-0,0484	0,0014	0,58212
	valor p	0,2023	0,0002	0,6583	0,9429	
VP2	Coef.	0,4267	7,0789	0,1633	0,1200	0,6266
	valor p	<0,0001	0,0020	0,5641	0,0438	
VP3	Coef.	0,0611	6,7810	0,5507	-0,0361	0,3408
	valor p	0,1933	<0,0001	0,0627	0,0404	
VP4	Coef.	0,0066	1,9956	0,1181	-0,0088	0,2534
	valor p	0,6717	<0,0001	0,0434	0,1336	
VP5	Coef.	-0,0524	2,0568	-0,1773	-0,0370	0,001025
	valor p	0,7083	0,6186	0,4079	0,472	
VP6	Coef.	-0,1141	0,3329	0,88	-0,2347	0,021673
	valor p	0,1943	0,9152	0,0531	0,2692	

Coef. e valor p: Coeficiente de regressão, indica em quantas unidades de medida cada variável independente altera na variável dependente, bem como o nível de significância estatística (valor p) da correlação; células marcadas em amarelo e verde indicam alta e muito alta significância estatística, respectivamente.

VI: variável independente (preditora); VD: variável dependente; VE: variável independente de estrutura (1, 2...); VP: variável dependente de processo (1, 2...); as legendas de cada variável estão discriminadas no quadro X.

R²: indica a proporção em que a variável dependente é explicada pelo conjunto de variáveis independentes incluídas no modelo; valores próximos a um indicam alto valor preditivo.

Fonte: elaborado pelo autor.

Como se observa na Tabela 1, a variável VE2 (número de equipes de NASF para cada 10 eSF/eAB) foi altamente preditiva de todas as variáveis de produção numérica das equipes do NASF (VP1, VP2 e VP3, respectivamente, atendimentos individuais pelo NASF, por psicólogos, e atividades coletivas do NASF), sendo esta uma relação esperada e que evidencia a consistência dos dados. Também como esperado, as variáveis VP5 e VP6 não foram preditas por nenhuma variável de estrutura, pois relacionam-se muito mais ao modo como as equipes trabalham, independentemente de seu quantitativo. A cobertura por ESF ainda se relacionou a uma produção mais numerosa de atendimentos individuais por psicólogo, mas não por equipes do NASF. A densidade de psiquiatras por eSF influenciou a oferta de atividades coletivas destinadas especificamente a portadores de sofrimento psíquico; enquanto a densidade de psicólogos influenciou a oferta de atividades coletivas para a população em geral, sem especificação de público-alvo, mas de temática relacionada à saúde mental (e/ou ao uso de

Tabela 2: Análise entre indicadores de estrutura/processo e desfecho - coeficientes de regressão das variáveis e seus respectivos níveis de significância estatística

	Coef.	valor p	Coef.	valor p	Coef.	valor p	Coef.	valor p	Coef.	valor p
VI/VD	VD1		VD2		VD3		VD4		VD5	
VE1	0,9105	<0,0001	0,0336	0,0133	0,4876	0,0097	0,0278	0,0002	0,0679	0,0691
VE2	-10,250	0,0772	-0,4834	0,3352	-18,176	0,0126	-0,4748	0,0920	-0,7879	0,5848
VE3	0,0127	0,9751	0,0169	0,6348	-0,1232	0,7799	-0,0012	0,9486	-0,0516	0,5565
VE4	0,0962	0,2526	0,0083	0,2559	0,0144	0,8874	-0,0031	0,4424	0,0071	0,7257
VP1	1,6321	0,0045	0,1045	0,0355	0,3360	0,6428	-0,0131	0,6389	0,1637	0,2533
VP2	0,1404	0,481	-0,0283	0,1007	1,7526	<0,0001	0,0339	0,0005	0,1131	0,0223
VP3	-0,6829	0,1224	-0,0748	0,0505	-1,0405	0,0650	-0,0728	0,0007	0,1672	0,1338
VP4	2,2809	0,0486	0,2392	0,0167	3,3465	0,0235	0,2027	0,0003	-0,6785	0,0202
VP5	-0,1255	0,2922	-0,0226	0,0284	-0,1175	0,4399	-0,0038	0,5173	0,0408	0,1752
VP6	0,1216	0,44	0,0274	0,0441	0,3696	0,0673	0,0103	0,1811	-0,0641	0,1084
VP7	0,1950	0,7586	0,0469	0,3926	-0,5301	0,5135	-0,0376	0,2249	0,1658	0,3013
VP8	0,1531	0,5907	0,0040	0,872	-0,4604	0,2041	-0,0213	0,1260	0,0367	0,6085
VP9	-0,0672	0,6849	0,0028	0,8473	-0,0728	0,7280	0,0229	0,0045	0,0049	0,9058
VP10	-0,0857	0,1666	-0,0093	0,0821	0,2173	0,0063	0,0072	0,0180	-0,0128	0,4145
VP11	0,2465	0,836	0,0019	0,9849	0,8649	0,5723	0,0851	0,1440	-0,1492	0,6220
VP12	3,3658	0,0019	0,2913	0,0019	-0,3936	0,7643	0,0473	0,3635	0,1737	0,5042
R2	0,2177		0,1571		0,4177		0,2152		0,1315	
VI/VD	VD6		VD7		VD8		VD9		VD10	
VE1	0,0837	0,0092	0,0325	0,3681	0,0159	0,5170	0,0083	0,2399	0,0816	0,1605
VE2	1,2588	0,2640	0,2568	0,8400	-1,5127	0,1235	-0,2045	0,4109	0,1481	0,9423
VE3	-0,0910	0,3826	0,0579	0,6230	-0,0173	0,7482	0,0211	0,3581	0,2733	0,1496
VE4	-0,0023	0,8934	0,0048	0,8037	0,0111	0,4029	-0,0046	0,2181	0,0057	0,8543
VP1	0,0728	0,5121	0,3430	0,0067	0,2886	0,0032	0,0736	0,0029	-0,3409	0,0920
VP2	0,0341	0,3768	-0,0658	0,1317	-0,0184	0,5862	0,0030	0,7218	0,1461	0,0379
VP3	0,1480	0,0811	-0,0058	0,9515	0,1422	0,0647	-0,0207	0,2669	-0,0560	0,7154
VP4	-0,2951	0,1776	0,3261	0,1873	-0,2109	0,2952	0,0401	0,4060	0,7503	0,0597
VP5	0,0125	0,5797	0,0669	0,0091	0,0696	0,0008	0,0157	0,0018	0,0295	0,4716
VP6	-0,0413	0,1638	-0,0870	0,0098	-0,0673	0,0149	-0,0142	0,0309	-0,0527	0,3277
VP7	-0,0581	0,6290	-0,1526	0,2620	0,0539	0,6266	0,0366	0,1681	-0,1546	0,4791
VP8	-0,0823	0,1290	-0,0381	0,5334	0,0340	0,4910	0,0406	0,0008	-0,1840	0,0622

VP7	-0,0581	0,8355	-0,4928	0,1357	incluídas no modelo; valores próximos a um indicam alto valor preditivo. Fonte: elaborado pelo autor.
VP8	0,0656	0,6015	0,0023	0,9877	
VP9	0,0779	0,2868	0,0581	0,5021	
VP10	-0,0643	0,0181	-0,0772	0,016	
VP11	0,1088	0,8352	0,4314	0,4849	
VP12	-0,3366	0,4944	0,7244	0,2212	
R2	0,0067		0,0099		

Quadro 3. Legenda das variáveis dependentes (VD) e independentes (VI) conforme sua classificação em indicadores de estrutura (VIE), processo (VIP e VDP) e desfecho VDD)

VE1	Cobertura da atenção básica (em % da população residente)
VE2	Razão de equipes do NASF para cada 10 eSF/eAB*
VE3	Razão de psiquiatras lotados na AB por cada 1.000.000 de usuários adscritos à AB
VE4	Razão de psicólogos lotados na AB por cada 1.000.000 de usuários adscritos à AB
VP1	nº de atendimentos individuais em saúde mental pelo NASF, por 1.000 usuários
VP2	nº de atendimentos individuais em saúde mental por psicólogo, por 1.000 usuários
VP3	nº de atividades coletivas cuja temática era saúde mental**, pelo NASF, por 10.000 usuários
VP4	nº de atividades coletivas para usuários da saúde mental**, pelo NASF, por 10.000 usuários
VP5	nº de discussões de caso/PTS, por equipe do NASF
VP6	nº de ações de educação permanente em saúde, por equipe do NASF
VP7	Proporção de atendimentos individuais do NASF que são na área da saúde mental**
VP8	Proporção de atividades coletivas do NASF que são destinadas a usuários da saúde mental**
VP9	Proporção de atividades coletivas do NASF cuja temática é na área da saúde mental**
VP10	Razão entre atendimentos individuais e atividades coletivas (com usuários e equipes) do NASF
VP11	Proporção de atividades com outras equipes em relação ao total de ações do NASF
VP12	nº de matriciamentos de equipes da AB realizadas pelo CAPS
VD1	nº de atendimentos individuais em saúde mental** pelas eSF/eAB*, por 1.000 usuários
VD2	Proporção de atendimentos individuais das eSF/eAB* que são na área da saúde mental**
VD3	nº de visitas domiciliares em saúde mental** pelos ACS/eSF, por 1.000 usuários
VD4	Proporção de visitas domiciliares dos ACS/eSF que são na área da saúde mental**
VD5	Proporção de atividades coletivas das eSF/AB que são destinadas a usuários da saúde mental**
VD6	Proporção de atividades coletivas das eSF/AB cuja temática é a saúde mental**
VD7	nº de atividades coletivas na temática da saúde mental**, pelas eSF/AB*, por 10.000 usuários
VD8	nº de atividades coletivas para usuários da saúde mental**, pelas eSF/AB*, por 10.000 usuários
VD9	nº de discussões de caso/PTS, por eSF/eAB*
VD10	Proporção de atividades em equipe das eSF/eAB* que são de discussão de caso/PTS
VD11	Proporção de desfechos de atendimento individual em saúde mental** que são encaminhamentos para o NASF
VD12	Proporção de desfechos de atendimento individual em saúde mental** que são encaminhamentos internos, exceto NASF (grupos, atendimento no dia...) ou intersetoriais
VD13	Proporção dos pacientes que receberam alta do CAPS cujo destino foi a AB

VD14	nº de pacientes que foram encaminhados do CAPS para a AB, por 10.000 usuários
VD15	Proporção de desfechos de atendimento individual em saúde mental que são encaminhamentos externos (urgência, CAPS, hospitalização...)
VD16	Proporção dos pacientes acolhidos ou acompanhados no CAPS cuja origem foi a AB
VD17	nº de pacientes do CAPS que tiveram origem na AB, por 10.000 usuários

* A denominação eSF/eAB refere-se às equipes clientes do NASF, conforme portaria vigente em cada ano analisado (até 2017, somente eSF, eCR e eAB para populações específicas; posteriormente, qualquer eAB parametrizada)

** A área da saúde mental ou o universo de usuários da saúde mental envolve também o uso de substâncias psicoativas, exceto tabaco

substâncias), bem como, conforme esperado, o número de atendimentos individuais produzidos por psicólogos.

A inclusão das demais variáveis no modelo, para avaliar a influência de todas as variáveis de estrutura e processo sobre cada variável de desfecho, por sua vez, diluiu o poder preditivo dos dados de estrutura, com exceção da cobertura por ESF. Como se observa na Tabela 2, as variáveis com maior poder preditivo, ou seja, que mais influenciaram variáveis de desfecho, foram em sua maioria de processo: a cobertura por ESF; o número de atendimentos individuais realizados pelo NASF e por psicólogos; o número de atividades coletivas executadas pelo NASF e destinadas especificamente a usuários com problemas de saúde mental ou decorrentes do uso de substâncias; a densidade (por equipe NASF) de ações de discussão de caso/PTS e de educação permanente em saúde realizadas pelo NASF; a proporção, dentre as atividades coletivas executadas pelo NASF, daquelas cuja temática envolvia a saúde mental (sem especificação de público alvo) e a razão entre o número de atendimentos individuais e de ações coletivas executadas pelo NASF.

Por sua vez, os dados de desfecho que se mostraram mais sensíveis à predição pelas variáveis de estrutura e processo foram: a proporção de atendimentos individuais da eSF/eAB que são em saúde mental (sendo que de todas, somente uma variável apresentou uma correlação negativa: a densidade de discussões de caso/PTS pelo NASF levou a uma redução no número de atendimentos individuais em saúde mental pela eSF/eAB); o número de visitas domiciliares de pacientes da saúde mental, pelos ACS, bem como a proporção que a saúde mental ocupou dentre todas as visitas (havendo uma correlação negativa com o número de atividades coletivas executadas pelo NASF cuja temática envolvia a saúde mental); o número de atividades coletivas de temática na saúde mental e executadas pelas eSF/eAB (havendo uma correlação negativa com as ações de EPS desenvolvidas pelo NASF); e a densidade de ações de discussão de caso/PTS pela eSF/eAB, que exibe duas correlações negativas, com as ações de ESF do NASF e com a razão entre o número de atendimentos individuais e ações coletivas do NASF.

Algumas correlações merecem destaque:

- a) a cobertura por eSF teve um grande impacto (sempre em correlação direta) em várias variáveis de produtividade das equipes (número de atendimentos e visitas domiciliares, mas também proporção que a saúde mental ocupa no conjunto total de ações), e ainda na proporção que a temática da saúde mental ocupa dentre ações coletivas com usuário, mesmo que todas essas métricas tenham sido tomadas com base, somente, na população adscrita à AB. Isso indica que a cobertura da RS é uma variável independente que não se relaciona somente ao quantitativo de pessoas que é coberto pelos serviços, mas também a uma dimensão de qualidade, o que inclui o provimento de maior acesso às pessoas com necessidades de assistência em saúde mental. Como esperado, a taxa de cobertura foi o dado que mais se correlacionou diretamente com o número de pacientes que receberam alta do CAPS e que foram encaminhados para AB, juntamente com o número de psicólogos na AB, numa menor significância;
- b) o número de atendimentos individuais realizados pelo NASF teve um impacto significativo no número de atendimentos individuais e atividades coletivas com usuários realizados pelas eSF/eAB na área da saúde mental. A correlação pode indicar um aumento da permeabilidade das equipes ao campo da saúde mental a partir da atuação dos profissionais do NASF, mesmo que através de atendimentos individuais. Contudo, como não houve um aumento das proporções da participação da saúde mental no total dessas ações, deve-se ponderar que os números correlacionados de atendimentos individuais pelo NASF e pelas eSF/eAB se devam a um mesmo motivo, relacionado à maior facilidade de acesso ou à melhor estruturação dos serviços como um todo, e não especificamente à atuação do NASF;
- c) as visitas domiciliares de acompanhamento a usuários da saúde mental, realizadas pelos ACS, uma medida que também julgamos sensível à permeabilidade das equipes a estes pacientes e à sua capacidade resolutiva, exibem um padrão de correlação direta com o número de atendimentos individuais realizado por psicólogo, com o número de ações coletivas direcionadas a portadores de sofrimento mental e com o número e proporção de ações de discussão de caso/PTS; mas inversa com o número de ações coletivas cuja temática é a saúde mental;
- d) ainda em relação ao cuidado prestado pela eSF através de atendimentos individuais, o número de ações de matriciamento realizadas pelo CAPS teve o maior impacto, sendo correlacionado, inclusive, ao aumento da participação da saúde mental no total de

atendimentos realizados pelas eSF/eAB. Foi realizada uma regressão específica, também em painel, para avaliar a correlação entre o número de CAPS e de profissionais neles lotados, por total de habitantes, e a realização dessas ações de matriciamento na AB, mas nenhum modelo (com inclusão ou não de variáveis concernentes à AB) foi considerado significativo. Isso indica que o quantitativo de CAPS e profissionais do CAPS disponíveis não está associado ao registro das ações de matriciamento, mas que o registro das ações de matriciamento se correlaciona a mudanças nos indicadores das equipes matriciadas.

- e) por outro lado, a variável relacionada às reuniões do NASF com outras equipes, que acreditamos que poderia capturar as ações formais de apoio do NASF, tal como as ações de matriciamento do CAPS, não se correlacionou a nenhuma outra variável estudada;
- f) em relação às variáveis relacionadas às demais ações mais formais de apoio, quer sejam, a discussão de caso/PTS e ações de EPS: a discussão de caso/PTS realizada pelo NASF impactou diretamente na mesma ação realizada pelas eSF/eAB, indicando que são realizadas conjuntamente; e também no número de atividades coletivas para usuários realizados pelas eSF, dentro do campo da saúde mental (sem, contudo, alterar a proporção que a saúde mental ocupa em relação ao total dessas ações); por outro lado, reduziu a proporção de atendimentos individuais em saúde mental das eSF/eAB. As ações de EPS, por sua vez, se correlacionaram a valores mais baixos de ações de discussão de PTS e de atividades coletivas executadas pela eSF com usuários, mas levaram a um incremento na proporção que a saúde mental ocupou entre os atendimentos individuais das eSF/eAB;
- g) as ações coletivas para usuários, executadas pelo NASF, correlacionam-se em alguma medida às mesmas ações executadas pelas eSF/eAB, indicando que várias delas possam ser realizadas de forma conjunta, ou que as ações do NASF fomentem as eSF e eAB a também desenvolverem tais atividades. As ações do NASF destinadas especificamente a portadores de sofrimento mental correlacionaram-se a desfechos mais abrangentes na eSF (atendimentos individuais, visitas domiciliares e atividades coletivas executadas por elas);
- h) os dados relativos aos CAPS e à origem os pacientes acolhidos ou em tratamento neste serviço não podem ser considerados pois, embora indiquem que quanto mais o NASF direciona seus esforços para a realização de atendimentos individuais (e menos para ações coletivas com usuários ou equipes), menos pacientes tem origem na atenção

básica, tiveram muito baixa significância estatística na regressão para que façamos qualquer interpretação. O mesmo pode ser dito em relação aos diferentes grupos de desfecho de atendimento individual pesquisados, com as exceções de que os agendamentos para o NASF pelas eSF/eAB foram diretamente relacionados à maior proporção de atendimentos individuais em relação às ações coletivas do NASF, e inversamente correlacionados às ações de matriciamento do CAPS; e que os encaminhamentos externos estiveram mais correlacionados, diretamente, aos atendimentos do psicólogo e às discussões de caso/PTS realizadas pelas eSF/eAB.

Dessa forma, através da análise das correlações, conseguimos identificar alguns dados que nos parecem mais relevantes pelo seu potencial preditivo sobre o funcionamento das eSF. Considerando que a ação mais objetiva de apoio matricial nos dados que levantamos é justamente o matriciamento realizado pelo CAPS, e as influências que ele exerceu (número de atendimentos individuais em saúde mental pelas eSF/eAB e a proporção ocupada pela saúde mental em relação ao total de atendimentos), buscamos um paralelismo com outros dados que também influenciaram essas mesmas ações: a cobertura pela ESF/AB; os atendimentos individuais executados pelo NASF; as atividades coletivas executadas pelo NASF cujo público alvo de portadores de sofrimento mental ou decorrente do uso de substâncias; e, em menor extensão, as ações coletivas executadas pelo NASF em e com equipes que incluam discussão de caso/PTS e a EPS. Avaliamos, também, que as demais ações que reflitam um aumento da permeabilidade das equipes ao campo da saúde mental (como visitas domiciliares e atividades coletivas de promoção em saúde mental, destinadas à população em geral, ou ao público específico da saúde mental) são também relevantes, o que corrobora os dados citados como potenciais indicadores de assistência e da qualidade do apoio prestado pelo NASF.

Considerando esses indicadores selecionados, podemos identificar aquelas RS que se destacam positivamente no registro dos mesmos, como é o caso de Belo Horizonte e Campo Grande, que se destacam em quase todos indicadores (exceto as ações de EPS); Florianópolis e João Pessoa, que se destacam na cobertura pela AB e na produção de atendimentos individuais pelo NASF; Palmas, na produção de atendimentos individuais e das ações coletivas com equipes, incluindo construção de PTS e EPS; Recife, no número de ações coletivas em equipe; e São Paulo, com forte produção direcionadas aos usuários (atendimentos individuais e coletivas). Da mesma forma, algumas RS se repetem de forma consistente na faixa mais negativa de produtividade: é o caso, especialmente, de Cuiabá, embora alguns dados apresentem leve tendência recente de melhora; de várias da região Norte, principalmente Porto

Velho, Boa Vista, Manaus, Rio Branco, Belém e, numa menor extensão, Macapá; de Goiânia e Vitória; dos estados da região Sul, Curitiba e Porto Alegre, sendo que esta tem a particularidade de registrar números baixos de produção de ações direcionadas aos usuários (sejam individuais ou coletivas), mas exibir números mais elevados de ações em equipe; da região Nordeste, Aracaju, Salvador, São Luís e Teresina, sendo que São Luís foi a que exibiu a maior redução após 2020.

O Quadro 3 sintetiza aquelas RS que exibem números de produção, considerando a variância de toda amostra, acima e abaixo de um desvio-padrão, ou próximo a eles, ao longo da maior parte da série temporal. Em seguida discutiremos os resultados à luz dos questionamentos que motivaram essa pesquisa.

Quadro 3 - Estados com as RS que mais se destacaram positiva e negativamente nas variáveis estatisticamente significativas, ao longo da série temporal 2014-23	
Negativo	AC, AM, BA, GO, MA, MT, PA, PR, RO, RR, SE
Neutro ou variável	AP, CE, DF, ES, PI, RJ, RN, RS, SP
Positivo	AL, MG, MS, PB, PE, SC, TO

Os destaques referem-se à consistência de valores acima ou abaixo de mais um ou menos um desvio padrão, para cada uma das variáveis estatisticamente significativas, ao longo da série temporal.

Fonte: elaborado pelo autor.

6. DISCUSSÃO

Nosso trabalho nasce com o objetivo de avaliar o apoio matricial em saúde mental, e especialmente sua efetividade como dispositivo de integração da assistência especializada em saúde mental na APS, com vistas a aumentar a resolutividade dessa e cobrir as lacunas de assistência em saúde mental, tal como indicado pela OMS e várias organizações de saúde. Contudo, fica evidente que estudar e avaliar o apoio matricial mostra-se um desafio. Ações desenvolvidas em diversos países adotam modelos de cuidados colaborativos em saúde mental muito mais estruturados e restritos, desenhados para a cobertura de lacunas específicas - como melhor detecção de casos, ou aumento do acesso e integralidade de tratamento a condições comuns e prevalentes, como transtornos depressivos e ansiosos leves, eventual melhora de sintomas ou de funcionamento em pacientes inseridos num programa específico, ou para regular o acesso de situações mais graves à atenção especializada (Oliveira, Campos, 2015; Saraiva, Zepeda, Liria, 2020). Já o AM foi elaborado para objetivos muito maiores, o que inclui a consolidação dos princípios doutrinários e organizacionais do SUS (integralidade, longitudinalidade, resolubilidade, territorialidade, ordenação do cuidado, etc.) e da principal estratégia para sua operacionalização, a ESF; e a mudança de paradigma de assistência - do biomédico, centrado em ações curativas, para clínica ampliada, com forte caráter de prevenção e promoção de saúde. Assim, o matriciamento tem um caráter tão amplo e transversal que surgem dificuldades até de nomeá-lo: é uma estratégia? É uma lógica? É um dispositivo? É uma política? Seu grupo idealizador o nomeia como um “arranjo organizacional e metodológico”, uma definição que soa mais afeita às ciências econômicas (ref.) e que parece peculiar para o campo da saúde.

Estudar o AM, portanto, não é o mesmo que estudar sobre estratégias de integração da saúde mental na APS; o AM é maior e pode integrar quaisquer campos, em quaisquer áreas da saúde, como, de fato, tem ocorrido, havendo experiências nas áreas da ginecologia, da pediatria e de outras especialidades. Contudo, por razões políticas e ideológicas, e também técnicas, uma vez que a demanda de assistência em saúde mental na APS emergiu como uma necessidade premente há bastante tempo, ele foi adotado precoce e prioritariamente pelo campo da saúde mental, criando uma convergência grande entre os dois campos. A portaria de instituição da RAPS, a respeito da UBS e do NASF, menciona que esse deve atuar “diretamente no apoio matricial (...) incluindo o suporte ao manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental e aos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas”, como

se o AM fosse uma tecnologia ou dispositivo ou estratégica intrínseca ao campo da saúde mental.

O mesmo se pode dizer da relação do AM com o NASF. O NASF nada mais é do que uma equipe multiprofissional lotada na APS e que deve operar sob alguns pressupostos organizacionais e clínicos para prestar apoio às equipes de APS e aumentar a resolutividade das mesmas. Alguns autores o concebem, portanto, como um dispositivo integrante da PNAB. Dentre os seus pressupostos, está o apoio matricial, o que reforça o caráter transversal e ampliado do AM a diversas políticas, estratégias e tecnologias. Estudar o NASF não é o mesmo que estudar o AMSM, assim como estudar o AMSM não deve se restringir ao NASF. Contudo, tal como se conformou a RAPS, na maior parte das vezes em que um profissional especialista em saúde mental estiver prestando apoio a um profissional da APS ou assistência direta a algum usuário na AB, ele será vinculado a uma equipe do NASF.

Nesse contexto, de inconformidade do AMSM a um campo específico de profissionais ou serviços, de transversalidade a diferentes pontos e modos de assistência, reside a primeira dificuldade de se avaliar o AM: quem será pesquisado? Onde coletar fontes? Que serviço observar? Ademais, o caráter bastante ampliado de suas proposições lhe empresta uma natureza quase intangível: o que é uma ação de matriciamento, propriamente? Tomemos como exemplo o indicador “Ações de matriciamento realizadas pelo CAPS na atenção básica”, que chegou a ser monitorado pelo Ministério da Saúde, conforme discutimos na introdução deste trabalho. O que é uma ação de matriciamento? Uma reunião entre as equipes do CAPS e da APS? De fato, frequentemente o AM é confundido com um espaço de reunião para realização de encaminhamentos, o que não passaria de uma forma um pouco mais qualificada para gestão de agenda. E quando um profissional do CAPS liga para uma UBS para informar da alta de um paciente adscrito àquela unidade - isso caracteriza uma ação de matriciamento? Ou apenas uma contrarreferência um pouco mais qualificada do que um formulário entregue ao próprio paciente? Mas e se o profissional da UBS que atende à chamada anota o caso para que ele seja pautado na próxima reunião de matriciamento e pede ao ACS que faça uma visita para ver como o paciente está, dando-lhe um retorno: isso caracteriza uma ação de matriciamento? A ligação do profissional do CAPS para a ser caracterizada, igualmente, como uma ação matricial? E o que dizer, ainda, do atendimento individual que um especialista realiza numa UBS? Se foi agendado a partir de uma lista de espera, não é matriciamento; mas, se for agendado com base numa discussão de PTS com toda a equipe, passa a ser? Mas e se esse profissional não dá continuidade à discussão iniciada? Essa intangibilidade e transversalidade do apoio matricial é

relativamente bem explicada pelos estudiosos do campo da saúde coletiva (refs), mas traz consequências pragmáticas quando pensamos em avaliá-lo: quem avaliar? Onde avaliar? O que avaliar?

É neste lugar indefinido e intersticial que se insere qualquer pesquisa que pretenda avaliar o AM, como buscou nosso trabalho. Ele começa com a premissa de que não é possível avaliar e monitorar a implementação e efetividade uma estratégia tão ampla e transversal, que compõe pelo menos duas políticas nacionais (a da atenção básica e de assistência em saúde mental), sem a criação de processos avaliativos mais objetivos e que se valham de indicadores balizados por parâmetros mais objetivos e homogêneos, e, portanto, generalizáveis. Nossos primeiros resultados, obtidos com a revisão da literatura, levantaram um obstáculo: é possível avaliar um processo tão intangível e atravessado por dimensões subjetivas (ainda mais no campo da saúde mental e da atenção psicossocial) utilizando-se de métricas objetivas e generalizáveis? Neste caso, então toda avaliação de serviço ou dispositivo em saúde mental só pode ser feita em nível local, tal como encontrado na grande maioria da literatura nacional? A resposta mais óbvia a tais perguntas passa pela adoção de metodologias mistas de pesquisa, em que um mesmo objeto é avaliado por métricas quantitativas e também de forma qualitativa, com *feedbacks* imediatos entre os resultados de ambos os métodos. Mas, e quando tal recurso não é disponível, ou viável?

Sustentamos que sim, é possível avaliar os serviços de saúde mental utilizando-se de parâmetros objetivos, desde que seus resultados sejam inseridos numa relação dialética com os de pesquisas qualitativas e participativas. Uma pesquisa qualitativa gera indicadores em nível local, e de várias delas pode emergir um grupo relativamente consensual de indicadores, que podem subsidiar a criação de outros indicadores, mais objetivos e generalizáveis, que deverão ser colocados em contexto e adaptados pelos atores locais numa eventual nova rodada de avaliação (ou, eventualmente, invalidados), o que, por conseguinte, deverá levar à revisão dos indicadores gerais, e assim por diante, num processo que se retroalimenta e que sublinha o lugar da pesquisa baseada em indicadores quantitativos. Deve-se ponderar, também, que a maioria da pesquisas exclusivamente qualitativas e participativas é realizada por poucos pesquisadores e envolve metodologias em que eles têm participação ativa sobre os sujeitos, de forma não controlada, o que aumenta a chance de que ocorrência de viés (não só nas etapas de análise dos dados, mas também de coleta ou mesmo nas fases de pré-pesquisa, para construção de um instrumento, por exemplo), um ponto que, ao contrário dos estudos conduzidos fora do país (O'Donnell *et al*, 2020; Lauriks *et al*, 2014), não é levantado na literatura nacional. Assim,

nosso trabalho avançou ciente das limitações com que seus resultados devem ser interpretados, mas também da sua importância para a composição do processo avaliativo como um todo.

Uma primeira conclusão possível para nossa pesquisa concerne à possibilidade de uso de dados secundários do SNIS. Apesar das impressões de má qualidade dos dados, especialmente por erros de coleta, mas também de processamento e distribuição, a consolidação e manipulação deles revelou que têm grande consistência, como já apontava o trabalho de Belo e Júnior (2021). As correlações identificadas nas regressões de dados em painel, com variáveis sendo parcialmente preditas por outras tanto na dimensão de variabilidade entre as unidades de análise (as 27 RS) quanto na dimensão das unidades de tempo, permitem concluir que os dados têm consistência e podem ser úteis para a realização de estudos de avaliação e diagnóstico da produção do sistema de saúde, como também já argumentaram pesquisadores na área (Amaral et al., 2022; Godoi et al., 2020; Onocko-Campos et al., 2020; Rezende, Andrade, 2022).

Uma segunda constatação é que, diferentemente do que ocorre para os CAPS, que sediam a maior parte dos estudos de avaliação de serviço de saúde mental no país e, ainda que forma muito incipiente, contam com indicadores construídos em alguns estudos e que podem subsidiar a construção de um conjunto consensual de parâmetros de avaliação, para o contexto da AB e do AM quase não há estudos que se propuseram a criar indicadores, e dos poucos que existem a maioria foi elaborada em pesquisas que estudaram a articulação da APS com os CAPS. Restaram-nos, portanto, poucas pistas para a identificação de indicadores da assistência em saúde mental e da qualidade do AMSM, ainda mais através da utilização de dados do SNIS. O SISAB, o principal SIS utilizado em nosso trabalho, ainda é bastante subutilizado no cenário de pesquisa nacional (Oliveira Júnior, 2023), o que pode dever-se à sua ainda incipiente maturidade e consolidação (foi implantado apenas em 2013, e sua utilização em todas as RS que estudamos só ocorreu em 2016); às dificuldades operacionais para a extração dos dados, muito diferente em relação às possibilidades ofertadas pelos sistemas Tabnet e Tabwin providos pelo Datasus para acesso aos dados de SIS mais consolidados, como o CNES, o SIA e o SIH; e a desconfianças quanto à consistência dos dados, muito embora identificamos apenas um estudo que avaliou esse ponto em específico, e somente em nível local (através da avaliação das fichas que foram validadas) (Lira, Padilha, 2020). De toda forma, a síntese dos estudos citados na seção 5.1 deste trabalho, em especial os de avaliabilidade do NASF, os que utilizaram a base de dados do PMAQ-AB e os poucos que avaliaram algum desfecho relacionado ao AM, nos levaram aos preceitos que utilizamos para identificação de dados presentes nos SIS que

poderiam se aproximar e indicar, ainda que indiretamente, algo sobre o funcionamento do AMSM.

Tais preceitos conduziram-nos a buscar dados que se relacionassem com a realização de atividades compartilhadas entre equipes apoiadoras - representadas pelo NASF - e apoiadas, especialmente de discussão de caso e construção de PTS e educação permanente; e de atividades no campo da saúde mental que as eSF/eAB passaram a ofertar somente após a implantação do NASF no local, especialmente atividades coletivas com usuários portadores de sofrimento mental ou emocional, caracterizando atributos como acesso e integralidade da assistência prestada. Assim, deve-se ponderar que os dados disponíveis no SNIS, embora relevantes, não compreendem a totalidade das ações pertinentes ao AM. Pelo contrário, o AM é um dispositivo-estratégia-arranjo que, por sua natureza transversal, não conta com nenhum ponto centralizado em que as ações a ele concernentes possam ser registradas (com exceção do matriciamento executado pelos CAPS, que devem ser registrados no SIA-SUS, mas frequentemente não o são, como apontam Silva, Camargo e Bezerra (2018)). Ações como a construção de PTS ou de educação permanente, ainda que sem a especificação da área temática, contam com a possibilidade de registro, porém diversas outras, como atendimentos individuais, em grupo ou visitas domiciliares realizadas de forma compartilhada; ou contatos telefônicos ou por mensagem de texto; ou discussões informais nos corredores da UBS; ou ainda a utilização de um instrumento que foi construído de forma conjunta, etc. são simplesmente invisíveis aos SIS disponíveis na AB. Mesmo o espaço mais formal da prática matricial, que é a reunião de matriciamento, um espaço protegido e regular em que ambas as equipes (apoiadora e apoiada) se encontram, não conta com a previsão de inserção num SIS, e o procedimento que mais se aproximaria - reunião do dispositivo apoiador, o NASF, com outras equipes - não teve, em nossa pesquisa, nenhum poder preditivo sobre as variáveis de desfecho estudadas.

Dessa forma, após selecionarmos os indicadores possíveis, extrairmos os dados para as 27 RS nos últimos dez anos e procedermos à análise de correlação entre os dados indicativos de estrutura, processos e desfechos, não causa surpresa que, considerando as correlações identificadas como estatisticamente significativas, algumas dados/variáveis consigam prever apenas pequena parte da variabilidade da variável correlacionada, o que pode ser explicado justamente pelo fato de que apenas parte dos processos concernentes ao AM puderam ser avaliados, e que a maior parte resta totalmente invisível aos SIS. Em última instância, isso quer dizer que os indicadores que elaboramos poderiam ser utilizados para a composição de uma matriz de avaliação integral do AM somente se associados a outros dados e indicadores, o que

exigiria a construção de um novo modelo de análise. Por outro lado, o uso isolado dos indicadores nos parece válido e fornece referências para o avanço do debate nesse campo.

Feitas tais ponderações, podemos avançar na direção de compreender e sintetizar aquilo que os dados apontam através da análise descritiva e de regressão dos mesmos. Como já esclarecemos, nos restringimos a avaliar o efeito que possíveis indicadores de estrutura e processo concernentes ao AM tiveram sobre a atuação das equipes apoiadas, as eSF/eAB. Boa parte da literatura internacional sobre avaliação da assistência em saúde mental na AB e as estratégias de cuidados colaborativos considerarem desfechos relacionados aos usuários, como detecção e registros de transtornos mentais, instituição e seguimento de tratamento, mensuração de sintomas, taxas de internação ou reinternação dos usuários adscritos, ou taxas de uso de serviços comunitários, satisfação dos pacientes, etc. Além disso, a maior parte dos desfechos mensurados advém de dados administrativos, não havendo um consenso claro sobre quais indicadores poderiam relacionar-se à qualidade e aos resultados da assistência prestada nos serviços. Na verdade, não há consenso claro sequer sobre o que é um desfecho desejável no campo da saúde mental. Ainda que algumas métricas sejam mais citadas, como taxa de suicídio, taxa de excesso de mortalidade em portadores de sofrimento mental ou taxas de reinternação por depressão e psicose, a determinação das mesmas advém de um escopo muito amplo de fatores. Assim, optamos por não avaliar tais desfechos, uma vez que o SISAB não disponibiliza quaisquer dados de prontuário e que nosso objetivo era avaliar uma estratégia específica, e não a RAPS como um todo. Dessa forma, a análise dos dados caminhou sobre três eixos: a avaliação de recursos de estrutura do AM, basicamente relacionados ao NASF e algumas categorias profissionais, e à produção por eles desenvolvida; a avaliação da produção desenvolvida pelas equipes apoiadas, as eSF/eAB; e a avaliação da correlação entre os dois eixos anteriores, por RS e por ano.

De imediato nota-se uma quebra das linhas de tendência ocorrida em 2020, tanto nos dados do NASF quanto das eSF/eAB. Todas as métricas de produção numérica de algum procedimento sofreram abrupta redução, algumas tão grandes quando 70%. Tal quadro relaciona-se, obviamente, com os efeitos que a pandemia covid19 provocou sobre a assistência na APS. Assim, percebe-se um evidente direcionamento da atenção para os atendimentos individuais, e as ações coletivas, tanto em equipe (ou com outras equipes) quanto com usuários reduzem-se drasticamente. A despeito desse direcionamento, o volume de atendimentos individuais também se reduz.

Um outro fato notável é que a redução observada na produção do NASF é mais intensa e mais duradoura do que a das eSF/eAB. A produção das eSF relacionada à atenção individual (atendimentos individuais e visitas domiciliares) sofre uma redução bastante tímida, e já em 2021 retoma a curva observada antes da pandemia (na verdade, o número de visitas domiciliares aumentou). A redução das atividades coletivas, como esperado, foi mais intensa, mas já em 2022 observa-se recuperação. Da mesma forma, a proporção com que a saúde mental ocupou o escopo de atividades das eSF chega a aumentar nesses anos, retomando a curva anterior em 2022.

Já os dados de estrutura e produção dos NASF passam por uma redução muito mais acentuada e, pior, levam muito mais tempo para retomarem a curva anterior a 2020, sendo que para muitos procedimentos, os valores alcançados entre 2017 e 2019 jamais foram alcançados novamente, ou o são apenas em 2023. A permeabilidade das equipes NASF para a área da saúde mental, também ao contrário do que ocorre com as eSF/eAB, não se altera (ou, até mesmo, exibe uma leve redução). E, especialmente, percebe-se que a razão entre atendimentos individuais e ações coletivas se mantém num nível, em 2023, muito superior ao observado em toda série temporal, com exceção de 2020 e 2021, e que a frequência de ações de discussão de caso/PTS e de reunião com outras equipes sofre uma redução que se mantém persistente até o presente ano. Os dados indicam que a pandemia não foi o único fator responsável pela alteração quantitativa e qualitativa observada nos dados de produção do NASF, e supõe-se que a retirada do incentivo financeiro à criação de equipes, seguida da publicação da nota técnica ministerial (Brasil, 2020) que, basicamente, abolia a força indutora do governo federal e deixava a criação de equipes multidisciplinares e especializadas a cargo e conveniência dos municípios, foi um fator igual ou talvez maior para que tal panorama se desenvolvesse, como afirmam Chieregatto (2024), Mattos, Campos e Gutierrez (2022) e Telles e Lopes (2023). Reforça essa tese o fato de que a produção de atendimentos individuais por psicólogos sofreu uma redução bastante pequena e pontual em 2020, e rapidamente retomou uma curva de crescimento em 2021.

Igualmente, as linhas de tendência observadas para a produção do NASF após a pandemia, e especialmente daquelas que mais se relacionariam com o arranjo organizacional que prioriza ou pelo menos dá alguma importância à noção de apoio, trabalho em equipe multidisciplinar e clínica ampliada, tal como previsto pelas normativas oficiais, parecem dizer algo. As ações de discussão de caso ou PTS, de educação permanente, e a razão entre atendimentos individuais e ações coletivas exibem evidente decréscimo ao longo da série temporal (com exceção das ações de discussão de PTS e EPS, que chegam a exibir incremento

no início, e posterior queda seguida de decréscimo após 2020). Aparentemente, as equipes iniciam suas atividades em conformidade ao modelo de atenção preconizado oficialmente, mas em algum momento retomam um modelo tradicional, balizado por atendimentos individuais dentro do núcleo de competência de casa especialista, ou no máximo por atendimentos em grupo com usuários.

Por que as ações de apoio se perdem ao longo do tempo? Observamos que os dados que encontramos convergem com os resultados obtidos pelos diversos estudos qualitativos realizados no campo: que o AM é considerado positivo, mas que há grandes obstáculos à sua implementação e funcionamento conforme o preconizado oficialmente, e que ações individuais e especializadas ainda predominam sobre as ações de apoio. Assim, ante a ausência de algum fomento, os profissionais parecem ceder às pressões assistenciais, organizacionais e culturais das equipes e gestores da APS e dos usuários, e progressivamente passam a atuar conforme o modelo tradicional.

Nesse sentido, alguns achados merecem reflexão: chama atenção que as ações de matriciamento em saúde mental executadas pelo CAPS na AB tiveram como maior consequência, nos desfechos relacionados às eSF/eAB, a frequência de atendimentos em saúde mental por essas equipes, e a proporção que a saúde mental ocupou no escopo de todos os atendimentos individuais por elas prestados. Trata-se de um aparente aumento da permeabilidade das equipes da APS aos pacientes com problemas de saúde mental, o que tem o potencial de melhorar diversos desfechos relacionados a usuários, como a detecção de transtornos mentais, a instituição de tratamentos aos casos mais leves e comuns e o acompanhamento longitudinal daqueles mais graves, o que inclui a verificação da adesão, de complicações relacionadas ao tratamento e do desenvolvimento de comorbidades clínicas. O fato de usuários com transtornos mentais acessarem mais facilmente a APS para a realização de atendimentos individuais pode melhorar indicadores objetivos que discutimos anteriormente, como o excesso e precocidade de mortalidade nesse grupo populacional.

O fato notável é que, depois da cobertura pela ESF e das ações de matriciamento realizadas pelo CAPS, o processo que mais se correlacionou com esse aumento da permeabilidade não foram ações de apoio ou atendimentos em grupo, mas sim a frequência de atendimentos individuais executados pelo NASF. Outro ponto que merece destaque é o fato de que as RS que exibiram os menores valores de razão entre atendimentos individuais e ações coletivas (ou seja, em que os atendimentos individuais predominaram menos) foram justamente aquelas que se saíram pior no conjunto de indicadores, tanto no eixo relacionado ao NASF

quanto no relacionado às eSF/eAB, como Cuiabá, Porto Velho, Salvador, São Luís e Vitória. São exceções as atividades de construção de PTS e EPS, para as quais as RS cujos dados indicam um funcionamento mais estruturado da ESF e do NASF, como Belo Horizonte, Campo Grande, Maceió e Palmas, entre outras, exibem valores elevados de produção.

Podemos tecer diferentes hipóteses para explicar o fenômeno: primeiro, um problema de registro. Sabe-se que as ações de matriciamento realizadas pelo CAPS são subnotificadas (Silva, Camargo, Bezerra, 2018), e o mesmo pode ocorrer com as ações coletivas e individuais pelas equipes do NASF, não sendo possível saber se é um erro sistemático, que não alteraria as correlações que identificamos, ou se são erros aleatórios que poderiam alterá-las. Por exemplo, um serviço ou profissional com uma cultura mais voltada aos atendimentos individuais pode priorizar o registro das atividades coletivas para responder à eventual pressão da gestão, caso a gestão busque conformar o funcionamento do serviço ao preconizado, sem que haja uma mudança real no modelo de assistência (e assim a proporção de ações coletivas no sistema acabaria aumentando de forma artificial). O oposto também pode ocorrer.

Segundo, poder-se-ia inferir que, uma vez que a APS se estrutura minimamente e os usuários passam a acessá-la com maior facilidade, emerge uma demanda muito grande para a realização de atendimentos especializados, que não pode ser suprida pela realização de apoio, somente. Essa é uma hipótese que converge com os argumentos de Tesser (2017), que defende, a respeito do NASF, que houve excesso de indução das ações de apoio em detrimento das ações direcionadas aos usuários, dentro do núcleo de competência dos especialistas, incluindo os atendimentos individuais.

Esse autor defende que em decorrência do temor de que o NASF se convertesse em um ambulatório especializado lotado na UBS, além da premissa de que ele transformasse o cotidiano, as relações de poder e a gestão dos serviços de saúde, com relações e gestão mais democráticas e flexíveis e menos burocráticas e hierárquicas, a clínica especializada e individual foi fortemente desincentivada. Ademais, a inconsistência do corpo metodológico ou procedimental através do qual deveriam trabalhar - o apoio matricial - acabou levando a uma dificuldade dos profissionais em compreender como atuariam e a um prejuízo na dimensão da integralidade da assistência ao usuário, cuja melhora foi, justamente, a razão de criação do NASF. Ele ainda argumenta que a maior parte das ações de apoio utiliza-se de tecnologias leves e ocorre de modo não presencial e/ou não formal, com ferramentas de comunicação dinâmicas, conversas no corredor, pactuação de fluxos e instrumentos, e que, assim, a realização de atendimentos individuais especializados, ainda que relativamente predominante, não

necessariamente subverte a relação de apoio e colaboração que as equipes devem manter entre si e, pelo contrário, pode fortalecê-la.

Concordamos com a visão do pesquisador, em consonância, também, com Melo *et al.* (2018), de que a dicotomia entre ações especializadas individuais e de apoio é falsa, e que tais dimensões devem concorrer de modo sinérgico e em conformidade com os contextos e necessidades de cada unidade. Assim, evidentemente, por uma mera questão numérica (ações coletivas envolvem e atingem mais atores) e de impossibilidade de registro das muitas das ações de apoio, o volume de ações individuais prevalecerá sobre as ações coletivas ou de apoio, o que não significa dizer que a equipe opera numa lógica tradicional ou menos eficiente, como diversas vezes é mencionado nos estudos qualitativos sobre o NASF ou sobre o AM. É possível que parte da insatisfação dos profissionais e também usuários (Moreira *et al.*, 2020), e dos achados negativos dos pesquisadores, deva-se à sobrecarga à qual equipes apoiadas e apoiadoras são submetidas, sendo esta uma dificuldade sempre mencionada nos estudos sobre o tema, o que acaba levando ao tensionamento para a absorção das demandas de atenção especializada. Então, resta a pergunta: caso não houvesse sobrecarga, tal tensionamento entre a atenção individual e especializada e as ações de apoio seria tão saliente?

Considerando ainda que os atendimentos individuais executados pelo NASF também tiveram capacidade de predição de ações coletivas das eSF/eAB, tanto as com temática na saúde mental como as direcionadas a usuários portadores de sofrimento mental, bem como na frequência de registro de discussões de caso e PTS realizado pelas equipes apoiadas, podemos supor que o indicador de atendimentos individuais realizados pelo NASF, ou sua predominância em relação às ações coletivas com usuários e equipe, não indicam, unicamente, que os NASF atuam conforme um modelo tradicional de assistência especializada ambulatorial, com predomínio de ações individuais. Os dados mostram que as RS que mais realizam atendimentos individuais são também aquelas em que as eSF/eAB mais parecem mais permeáveis à realização de ações de promoção de saúde mental e aos usuários com demandas na área, seja através de atendimentos individuais ou ações coletivas. Os dados de produção individual, portanto, podem apenas indicarem a forte atuação do NASF, cujas ações de apoio, realizadas, mas indetectáveis aos registros de produção disponíveis, acabam falsamente eclipsadas pelos registros de atendimentos individuais e ações coletivas com usuários.

Corroborando nossas formulações, os dados de atendimento individual realizados por psicólogo não têm o mesmo potencial preditivo dos atendimentos do NASF. As únicas variáveis correlacionadas foram as visitas domiciliares realizadas por ACS (tanto em frequência quanto

em proporção ocupada pela saúde mental) e os encaminhamentos externos (ou seja, para CAPS, outro serviço especializado, urgência ou internação). Supõe-se que esse indicador, embora inclua parte da produção realizada pelos psicólogos vinculados ao NASF, inclui também profissionais não vinculados e com maior tendência a trabalharem sob uma lógica ambulatorial (ainda que, saibamos, tal premissa não pode ser tomada como absolutamente verdadeira, uma vez que em muitos municípios, como é o caso de Belo Horizonte, há equipes matriciadoras em saúde mental nas quais os psicólogos não são vinculados ao NASF e operam sob a lógica de apoio matricial).

Os dados subsidiam, então, a elaboração de hipóteses que divergem da impressão geral de que o registro majoritário de atendimentos individuais em relação às ações coletivas, ou o predomínio, de fato, desta modalidade de assistência, prediz um pior funcionamento do NASF: pode ser simplesmente um problema do SIS, que capta as ações de assistência individual ou coletiva, mas não as de apoio. É claro que, a partir da revisão dos estudos primários que investigaram o funcionamento do NASF em campo, se sabe que parte do problema passa pelas resistências em atuar conforme um modelo de clínica ampliada, de modo interdisciplinar e horizontal, com foco nas ações de apoio. Por outro lado, destacamos que os atendimentos individuais podem não serem os vilões do problema, e sua ausência absoluta pode levar a maior comprometimento da integralidade da assistência e a piores desfechos para os usuários.

Por outro lado, deve-se ponderar que a relação que supomos (a produção do NASF seja um processo que impacta a produção das eSF) ocorra em outra direção: equipes de saúde da família naturalmente permeáveis a questões de saúde mental, ou com maior capacidade de detecção desses problemas, seja através de atendimentos individuais ou ações coletivas, acionam o apoio das equipes NASF e dos CAPS de forma mais intensiva, o que resulta num aumento da produção destas equipes. Neste caso, a produção do NASF (e de matriciamento pelos CAPS) é que ocuparia o lugar de desfecho, impactada pela própria produção das eSF; e o predomínio de ações direcionadas a usuários (especialmente atendimentos individuais, embora ações coletivas também se mostraram correlacionadas numa menor intensidade) confirmaria a impressão de que o NASF oferta uma assistência majoritariamente ambulatorial especializada em detrimento de ações de apoio, com discussão de PTS e ações de EPS. A inclusão de variáveis defasadas na regressão, avaliando a correlação das variáveis de desfecho em anos posteriores às de processo poderia fornecer esclarecimentos quanto a essa possibilidade, mas tal tratamento de dados ultrapassou os recursos que nos eram disponíveis para a pesquisa. Igualmente, estudos qualitativos locais devem ser realizados para tal avaliação. De todo modo, a mera existência de

equipes supostamente mais permeáveis ou com maior capacidade de detecção, e de sua capacidade de impactar a produção do NASF de forma mais intensa em algumas RS do que em outras, já constitui um ponto relevante de pesquisa futura.

Em outra direção, os resultados encontrados na análise inferencial também parecem confirmar os achados de outros estudos, especialmente os que utilizaram os dados do PMAQ-AB. Destacamos dois pontos desses estudos: a) as ações dos apoiadores que mais se correlacionam com um desfecho positivo (no caso, desfecho positivo era uma certificação positiva da equipe, na área da saúde mental, ou a análise de outros módulos do questionário de avaliação e a qualificação da assistência em saúde mental a partir de critérios definidos pelos pesquisadores) foram aquelas de ação clínica compartilhada (como atendimento individual ou visita domiciliar conjuntas, ações não detectáveis no sistema pesquisado e disponível para os profissionais, o SISAB) e a construção compartilhada de PTS, bem como, numa menor extensão, as ações no território e de educação permanente em saúde (Brito *et al.*, 2022; Dimenstein, Macedo, Silva, 2023; Fagundes, Campos, Fortes, 2021; Santos *et al.*, 2015; Sobrinho *et al.*, 2014); b) um trabalho, utilizando o modelo de resposta gradual da teoria da resposta ao item na análise dos questionários, identifica as ações realizadas pelas eSF/eAB que predizem uma maior capacidade de oferta de cuidados em saúde mental por essas equipes, sendo que uma delas é a oferta de ações em grupo, incluindo grupos terapêuticos para pacientes em sofrimento mental quanto atividades de promoção de saúde (as demais ações, como estratificação de risco ou manutenção de registro dos casos mais graves não são detectáveis pelo SISAB) (Chaves *et al.*, 2018).

Embora tais pontos sejam contraditórios em relação à nossa discussão anterior, de sublinhar a importância dos atendimentos individuais, deve-se ponderar que o questionário do PMAQ-AB, embora contemplasse um universo muito maior de ações concernentes ao apoio matricial, também não previa ações informais e não presenciais de apoio que poderiam explicar a variabilidade dos desfechos pesquisados. Assim, não se trata de uma contradição total. Além disso, os dados encontrados em nossa pesquisa, especialmente aqueles com maior nível de significância estatística, também caminham na mesma direção: considerando as variáveis que analisamos que indicam a oferta de atividades em grupo pelas eSF/eAB, na área da saúde mental, para os usuários adscritos, identificou-se que as variáveis que mais tiveram poder preditivo sobre elas, foram, justamente: a cobertura da RS pela ESF; os atendimentos individuais realizados pelo NASF; a realização de ações de discussão de caso e PTS; e a

frequência de ações de EPS, convergindo, pelo menos em parte, com os resultados encontrados nas pesquisas citadas.

Não foi objetivo desta pesquisa criar um ranking de qualidade entre as RS, inclusive porque, conforme já debatemos extensamente, nossa metodologia não permite qualquer conclusão válida nesse sentido. Contudo, a repetição consistente de indicadores com valores mais altos ou mais baixos de algumas RS, mantendo a correlação entre os dados de estrutura, processo e desfecho, merece observação. Naturalmente, podem ser apenas erros aleatórios ou, especialmente, sistemáticos, originados na coleta dos dados. RS com menor taxa de informatização, por exemplo, podem apresentar subregistro sistemático, sendo esta uma possibilidade particularmente relevante para as RS da região Norte: Boa Vista e Porto Velho apresentam valores sistematicamente baixos, ao passo que Macapá deixou esse grupo nos últimos anos - tal comportamento refere-se à estruturação das unidades ou ao nível de informatização e consequente volume de coleta de produção? Igualmente, RS com pouca ou muita valorização de uma determinada estratégia ou procedimento podem levar a distorções na medida que subregistram uns e não outros). Entretanto, mesmo considerando tais ponderações, avaliamos que pelo menos parte da variabilidade dos dados seja explicada pelos diferentes níveis de implementação e intensidade de funcionamento do NASF e da ESF, tal como argumentam (Lima *et al.*, 2021; Sanine, Silva, 2021; Santos *et al.*, 2015; Sobrinho *et al.*, 2014), que, através da análise dos dados do PMAQ-AB, identifica que o nível de estruturação das UBS está correlacionado com a qualidade da assistência, ainda que apenas parcialmente.

Chama a atenção que algumas RS que incluem capitais que sabidamente apresentam indicadores sociais e econômicos abaixo da média nacional figurem como destaques positivos. Hipotetizamos que, em parte, o uso de base populacional adscrita à ESF/AB minimizou os problemas destas RS, já que o estudo se concentrou nos serviços existentes e ignorou os serviços que faltam e deixam boa parte da população sem acesso à assistência. Ao mesmo tempo, é um achado que reforça a necessidade de pesquisas de avaliação qualitativas sobre o contexto local.

Finalizando, devemos sublinhar as limitações deste trabalho, a maioria já mencionada ao longo do texto:

- a) a revisão de literatura realizada no campo delimitado pela avaliação do apoio matricial, do NASF e do campo da saúde mental foi extensa, mas não pretendeu esgotar o tema; tampouco foi sistemática, de modo que não é possível afirmar que sintetize de forma precisa e inequívoca o consenso na área, ainda mais considerando que, conforme tentamos demonstrar, trata-se de um campo bastante extenso;

- b) os indicadores que buscamos identificar no SNIS para a avaliação do AM foram elaborados de forma não participativa. Assim, embora o pesquisador não seja completamente alheio ao processo, uma vez que atua como matriciador em saúde mental junto às equipes de AB de uma das RS estudadas, suas concepções não podem, isoladamente, serem consideradas para a contextualização das diversas camadas envolvidas na avaliação do AM em todas as RS. Conforme discutimos extensamente, a participação de todos os atores envolvidos no processo avaliado é importante para a qualificação da própria dimensão de validade dos instrumentos utilizados para a avaliação, e o uso desses indicadores, portanto, requer toda cautela para a elaboração de conclusões ou hipóteses;
- c) os indicadores que identificamos, além de elaborados de forma não participativa, foram construídos com base em dados secundários produzidos, principalmente, para fins administrativos, e não de pesquisa avaliativa. Dados administrativos são mais fáceis de se obter, mas sofrem de uma série de vieses e podem não refletir exatamente o que se pretende avaliar. Realizamos aproximações visando identificar o que tais informações poderiam dizer sobre uma ou outra ação executada no cotidiano dos serviços, mas, novamente, deve-se ponderar sobre a validade do instrumento. Além disso, são dados agregados, que podem reunir serviços e mesmo equipes muito diferentes em si numa mesma unidade de análise (cada RS), comprometendo, igualmente, a precisão e validade dos resultados obtidos;
- d) as correlações que obtivemos com a regressão das variáveis relacionadas aos dados de estrutura, processos e desfechos, embora significativas estatisticamente, exibem coeficientes de determinação (R^2) baixos, indicando que boa parte da variabilidade das variáveis e indicadores estudados ocorre por fatores alheios à pesquisa. Ou seja, o nível de estruturação da AB e das UBS capaz de ser apreendido pelos indicadores que elaboramos e identificamos só consegue predizer parte dos desfechos que também identificamos, de modo que tais indicadores, além de toda a ponderação com relação à sua validade, só poderiam ser utilizados para uma avaliação parcial, e não integral, do apoio matricial na atenção básica;
- e) nesse mesmo contexto, os desfechos que elaboramos relacionam-se somente aos efeitos da estruturação da AB e do AM sobre as equipes de APS, e não sobre usuários. Optamos por essa restrição porque os dados individuais de usuários não são disponibilizados pelo SISAB ou qualquer outro SIS (embora sejam registrados no PEE passíveis de pesquisa

localmente, pelos gestores e mesmo profissionais das UBS); e também porque, embora haja indicadores citados de forma mais recorrente na literatura, não há um consenso claro sobre como mensurar, de forma quantitativa ou mesmo qualitativa, a qualidade e o efeito da assistência no nível do usuário.

Avaliamos, por outro lado, que nosso trabalho tem a vantagem de propor o debate num campo ainda sem grandes consensos - avaliação da assistência em saúde mental e do apoio matricial, especificamente - e utilizando-se de uma metodologia pouco predominante na pesquisa nacional, a análise de dados, ainda mais considerando-se os dados do SNIS. Julgamos também que o debate em torno da utilidade da enorme quantidade de dados que são coletados, enviados, armazenados e distribuídos, a um custo relevante, tanto em termos de estrutura (processamento, armazenamento, manutenção, etc.), de pessoal necessário e de tempo disponibilizado durante todas essas etapas, é imprescindível. É claro que tais dados são rotineiramente utilizados, inclusive para parametrizar o financiamento da APS, e também para diagnósticos situacionais em saúde. Contudo, não há clareza quanto à validade de vários desses dados, de quais são mais importantes, ou que exatamente eles mensuram, e esperamos que nosso trabalho tenha contribuído neste debate.

A partir do exposto, buscamos identificar alguns fatores que possibilitariam o aprimoramento da pesquisa na área. Inicialmente, deve-se considerar que a utilização de ferramentas estatísticas mais complexas, com técnicas mais avançadas de tratamento de dados e de análise probabilística, poderia aumentar as camadas de análise e possibilitar a identificação de mais indicadores, ou maior precisão daqueles com os quais trabalhamos. Contudo, optamos pela simplificação em função dos recursos de que dispúnhamos para pesquisa, o que, por outro lado, também aumenta as possibilidades de replicação para outras unidades de análise ou com outros dados.

O apoio matricial acaba invisibilizado pela ausência de procedimentos disponíveis para pesquisa no SISAB e que a ele concernem. Por exemplo, a realização compartilhada de atendimento individual, visita domiciliar ou de atividade coletiva com usuário, entre um profissional do NASF e um profissional da eSF, constitui uma ação clínica e de apoio óbvia, e que conta com a possibilidade de registro no PEC - e que poderia ser coletada pelo sistema forma agregada por unidade geográfica. Contudo, tal pesquisa simplesmente não é possível no SISAB. Do mesmo modo, a não especificação de quais áreas temáticas foram contempladas nas atividades coletivas em equipe do NASF (construção de PTS, EPS, etc.) impede que tais ações, inclusive o efeito delas, sejam precisamente avaliadas através do cruzamento ou correlação com

outros indicadores no campo da saúde mental, o que poderia ser facilmente aprimorado com a inclusão de apenas mais um campo dentro da ferramenta de registro já disponível.

Da mesma maneira, os procedimentos disponíveis para registro pelas equipes de atenção básica, através do PEC, são muito balizados pela assistência tradicional - atendimentos individuais ou coletivos, ou reuniões de equipe, por exemplo, não contemplando as ações tecnológicas leves que conformam a maior parte das ações de apoio ou de atenção psicossocial desenvolvidas na AB. Embora nossa pesquisa não tenha se debruçado sobre a validade e uso dos indicadores que são utilizados nos CAPS, que buscam, justamente, captar as ações não restritas ao atendimento formal, seu uso na AB também parece pertinente.

Além disso, a possibilidade de utilização de dados individuais dos usuários, também disponíveis no PEC, abriria um enorme campo de pesquisa na área de avaliação da assistência em saúde mental. Um estudo de Volpe, Braga e Silva (2018), por exemplo, utilizando dados de registro de internações ocorridas em hospitais psiquiátricos, em Belo Horizonte, identificou que os principais recursos assistenciais extra-hospitalares que prediziam uma menor taxa de reinternação foram a cobertura por UBS e a disponibilidade de psiquiatra, identificando ainda que a cobertura por CAPS e a disponibilidade de psicólogos não tiveram o mesmo efeito. O exemplo ilustra como a possibilidade de avaliar o itinerário dos usuários ao longo da RAPS e depois serviços pode fornecer informações importantes sobre o papel dos mesmos na assistência, e até mesmo sobre sua qualidade, através da análise comparativa entre diferentes unidades ou através do tempo. Um efeito semelhante pode ser observado num outro estudo citado ao longo deste trabalho, que identificou que características dos profissionais componentes da eSF (inclusive qualificação e tempo de serviço na unidade) estava relacionada à maior detecção de casos de TMC, o que só pôde ser constatado através da análise dos prontuários e dos registros de diagnóstico.

Com esses dados, informações em nível de indivíduo, como diagnósticos, frequência de atendimentos individuais com diferentes categorias profissionais e de participação em atividades coletivas, frequência em serviços de atenção psicossocial, acesso a medicamentos, admissões em serviços de urgência ou hospitalares, e até mesmo outros desfechos como morte ou acesso a benefício previdenciário, poderiam subsidiar a construção de diversos outros indicadores que ampliariam as possibilidades de avaliação e pesquisa na área. Tais dados já são rotineiramente coletados e se encontram armazenados no PEC, que já vem sendo utilizado na maior parte das unidades de saúde do SUS e conta com recursos de integração ao e-SUS APS, restando, apenas, a criação de um sistema e de uma interface de pesquisa que os disponibilize

de forma anonimizada para que a agregação seja feita conforme a conveniência dos pesquisadores, de acordo com os objetivos dos estudos.

7. CONCLUSÃO

Constatamos, através da revisão da literatura, que o desenvolvimento de estratégias de integração e colaboração para a oferta de cuidados especializados em saúde mental na APS para a o fechamento das lacunas de assistência na área é uma discussão realizada em nível mundial, e que a pesquisa internacional na área, de modo geral, avalia que as diversas estratégias já implementadas são custo-efetivas para os objetivos propostos. Por outro lado, identificamos que tais estratégias são bem diversas em relação aos objetivos pretendidos e aos recursos necessários, exigindo metodologias de avaliação de efetividade igualmente diversas, o que contribui para uma carência de consenso em relação a parâmetros para avaliação. No caso brasileiro, o apoio matricial é uma estratégia com objetivos bem mais amplos do que o usualmente concebido internacionalmente, relacionados à mudança do paradigma assistencial biomédico e asilar para o de clínica ampliada e atenção psicossocial. Tal cenário acaba amplificando os desafios inerentes à integração e sua avaliação.

Identificamos que não há estratégias oficiais ou governamentais que busquem avaliar o AM, e que o cenário da pesquisa acadêmica na área conta um amplo predomínio de metodologias de natureza qualitativa-participativa, mesmo considerando o aumento na diversidade de métodos nos últimos 10 anos. Pudemos constatar que a pesquisa participativa e qualitativa é imprescindível na área, mas que seu uso isolado impede a avaliação de uma maneira mais ampla e a criação de instrumentos minimamente generalizáveis que instrumentalizem gestores e formuladores de política pública para os ajustes necessários. Dessa forma, a utilização de metodologias mistas ou a convergência de pesquisas e metodologias distintas que incluam a criação de indicadores quantitativos é uma necessidade, o que justifica a realização de nosso trabalho.

Constatamos que o AM é, de modo geral, avaliado como positivo, contudo, tal conclusão parece baseada apenas numa impressão subjetiva dos atores envolvidos, sem que haja, na literatura, qualquer definição sobre quais componentes do AM se relacionariam a melhores resultados, quais parâmetros devem ser utilizados para essa avaliação, nem que resultados, exatamente, são esses. Também se verifica uma percepção recorrente de que são muitos os obstáculos e dificuldades encontrados pelos agentes para a realização da prática matricial e colaborativa, havendo críticas quanto a uma tendência excessiva de reprodução de modelo ambulatorial baseado em atendimentos individuais pelos profissionais que compõem as equipes de apoio. Tais obstáculos conduzem a uma impressão de níveis e intensidades muito

heterogêneos de implementação, o que reforça a necessidade de criação de parâmetros objetivos e generalizáveis de avaliação.

Considerando a produção internacional concernente à produção de indicadores para avaliação no campo da saúde mental e das estratégias de cuidados colaborativos, não encontramos muitas pistas sobre instrumentos viáveis para o cenário nacional, uma vez que a maior parte destes indicadores se baseia em dados coletados em nível individual, com o cruzamento de informações de utilização de um mesmo indivíduo em vários serviços ou sistemas, o que não é disponível nos SIS disponíveis no Brasil.

Os estudos no cenário nacional que propuseram algo semelhante utilizaram, igualmente, dados de prontuário para avaliação da capacidade de detecção de transtornos mentais pelas equipes da AB, restritos em abrangência a um contexto local devido à impossibilidade de uso do SIS; ou dados do PMAQ-AB, um programa de avaliação já extinto. Neste caso, identificamos através da revisão das pesquisas publicadas que, conforme a certificação obtida pelas equipes de AB em cuidados em saúde mental, a oferta de atividades coletivas para os usuários (tanto específicas para portadores de transtorno mental quanto ações de promoção e prevenção de saúde mental), o registro de pacientes com necessidades de cuidados em saúde mental e a estratificação de agenda por risco foram bons preditores de boa certificação. Além disso, identificou-se também que o nível de estruturação da UBS, o que inclui a disponibilidade de especialistas e psicofármacos, a estabilidade das equipes e a existência ou não de estratégia de colaboração se correlacionam, também, com o nível de certificação, porém apenas parcialmente. As estratégias de colaboração mais fortemente preditivas de um desfecho favorável foram as de ação clínica compartilhada entre equipes, como as discussões de PTS ou os atendimentos individuais ou em grupo realizados de forma conjunta.

Considerando tais achados, bem como alguns parâmetros utilizados em pesquisas que procuraram elaborar uma matriz de avaliação do NASF, que é o principal dispositivo de operacionalização do AM na AB (por exemplo, atributos como longitudinalidade e integralidade da assistência ofertada pelas eSF e eAB), identificamos dados de produção disponíveis para pesquisa no SNIS, especialmente o SISAB, que poderiam servir como indicadores da prática matricial. Boa parte das ações de apoio previstas pelo AM são invisíveis aos SIS, mas identificamos, dentro do universo amostral pesquisado, ou seja, os dados de produção das 27 RS que incluem as 26 capitais de estado brasileiras mais o Distrito Federal, ao longo da série temporal de 2014 a 2023, que a produção de atendimentos individuais e ações coletivas dos NASF e a produção das eSF e eAB na área da saúde mental referem-se, ainda que

indiretamente, à prática matricial e seus efeitos sobre as equipes apoiadas (o que, por sua vez, deve produzir efeitos sobre os usuários). Através da regressão em painel desses dados, identificamos que tais grupos de dados são, de fato, correlacionados, indicando uma convergência com os achados das pesquisas que utilizaram a base de dados do PMAQ-AB.

Verificamos que as ações de matriciamento em saúde mental realizadas pelos CAPS na AB e, considerando a produção do NASF, os atendimentos individuais em saúde mental, as atividades em grupo destinadas a portadores de sofrimento mental ou emocional, as ações de discussão de PTS e, em menor medida, as ações de EPS, foram as que mais predizem uma mudança na produção das eSF e eAB. Tais mudanças relacionam-se, principalmente, à maior realização de atendimentos individuais em saúde mental, de visitas domiciliares a usuários portadores de sofrimento mental ou emocional, à maior oferta de atividades coletivas na área da saúde mental (não necessariamente destinadas aos portadores de transtorno mental, o que pode corresponder, portanto, a ações de promoção de saúde) e à realização de discussões de caso e PTS por essas equipes. As correlações foram estatisticamente significativas, mas exibem um coeficiente baixo, indicando que a capacidade de predição dos desfechos pelos processos investigados foi apenas parcial, o que era esperado considerando que boa parte das ações de apoio matricial é invisível ao SIS. Pode-se concluir que tais indicadores presentes no SNIS podem ser utilizados apenas como parte de um processo de avaliação do AM em saúde mental na AB, uma vez que, isoladamente, fornecem um panorama muito limitado sobre seu funcionamento.

Nesse sentido, nossos achados corroboram a previsão de que o incremento na densidade de equipes do NASF em relação às eSF/eAB aumenta a produção individual e coletiva daquelas, e que o aumento desta produção leva a mudanças de comportamento das equipes apoiadas também detectáveis por dados presentes no SNIS; também corroboram a relevância das ações coletivas com usuários e das de discussão de PTS e EPS. Por outro lado, nossos resultados contrariam a noção geral de que o predomínio de atendimentos individuais está relacionado à manutenção de um modelo ambulatorial tradicional e pouco afeito à noção de apoio, uma vez que eles alteraram de forma significativa desfechos que podem estar relacionados à robustez da assistência em saúde mental prestada pelas eSF/eAB. Os dados do SISAB, por sua vez, não conseguem captar qualquer efeito significativo das ações coletivas do NASF com outras equipes, que poderia se relacionar aos espaços formais de encontro entre equipes da AB, normalmente chamadas de reunião de matriciamento.

Pudemos constatar, ainda, que a pandemia covid19 e o fim da indução do MS à criação de equipes do NASF levou a um impacto negativo muito relevante na produção dessas equipes, cuja recuperação só é observada no último ano da série temporal pesquisada. E, por fim, observamos diferenças regionais na produção do NASF, das eSF/eAB e dos efeitos da primeira sobre a segunda. As RS que incluem as capitais de Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Santa Catarina e Tocantins, bem como, ainda que numa menor extensão, as capitais de alguns estados da região Nordeste (Alagoas, Paraíba e Pernambuco) se destacaram positivamente, ao passo que as RS de vários estados da região Norte, Bahia, Goiás e Sergipe se destacaram negativamente. Estudos mais aprofundados nessas regiões, de preferência com componentes qualitativos, são necessários para melhor análise desses resultados.

É fundamental reconhecer as limitações do presente estudo, especialmente a utilização de dados secundários - cuja qualidade e validade estão sempre sob discussão - agregados por unidade geográfica e a ausência de indicadores de desfecho relacionados aos usuários. A criação de indicadores mais robustos, que contemplem a complexidade da ação matricial, com a participação dos atores envolvidos e a inclusão de dados sobre a qualidade da assistência prestada, é crucial para aprofundar a avaliação do AMSM. Concluimos este trabalho reconhecendo a complexidade da avaliação do AMSM na AB e a necessidade de aprofundar a pesquisa nesse campo. Acreditamos que a articulação entre diferentes métodos de pesquisa, com a participação dos atores locais, é essencial para a construção de um processo avaliativo abrangente e capaz de subsidiar a qualificação da assistência em saúde mental no Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, E.R.; MEDINA, M.G. A gênese do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na agenda da atenção primária à saúde brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 10, 2021. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0102-311X00310820>. Acesso em 05/10/2024.
- ALVAREZ, A.P.E.; VIEIRA, A.C.D.; ALMEIDA, F.A. Núcleo de Apoio à Saúde da Família e os desafios para a saúde mental na atenção básica. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n. 4, 2019. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312019290405>. Acesso em 15/05/2024.
- ALVES, P. F.; KANTORSKI, L.P.; COIMBRA, V.C.C. *et al.* Indicadores qualitativos de satisfação em saúde mental. **Saúde Debate**, v. 41, n. especial, p. 50-59, 2017. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S05>. Acesso em 27/09/2024.
- AMARAL, C.E.; ONOCKO CAMPOS, R.; OLIVEIRA, P.R.S. *et al.* Systematic review of pathways to mental health care in Brazil: narrative synthesis of quantitative and qualitative studies. **International Journal of Mental Health Systems**, v. 12, n. 65, 2018.
- AMARAL, C.E.; TREICHEL, C.A.S.; FRANCISCO, P.M.S.B. *et al.* Assistência à saúde mental no Brasil: estudo multifacetado em quatro grandes cidades. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, 2021. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0102-311X00043420>. Acesso em 14/11/2024.
- ARAÚJO, C.B.; NETO, J.L.F. Apoio matricial do NASF: uma revisão sistemática de literatura. **Psicologia em Revista**, v. 25, n. 2, p. 626-646, 2019. Disponível em <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2019v25n2p626-646>. Acesso em 05/10/2024.
- ATHIE, K.; FORTES, S.; DELGADO, P.G.G. Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010). **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 8, n. 26, p. 64-74, 2013.
- BAHIA (Governo do Estado da). Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Fichas técnicas dos indicadores estratégicos e de imunização monitorados nos relatórios quadrimestrais e anuais. 92p, 2017.
- BANDEIRA, N.; ONOCKO CAMPOS, R.T. Itinerários terapêuticos de usuários que abandonaram o cuidado em Centros de Atenção Psicossocial (Caps-III). **Saúde Debate**, v. 45, n. 128, p. 91-104, 2021.

BERNARDO, W.M.; NOBRE, M.R.C.; JATENE, F.B. A prática clínica baseada em evidências. Parte II - buscando as evidências em fontes de informação. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 50, n. 1, 2004.

BONFIM, I.G.; BASTOS, E.N.E.; GÓIS, C.W.L. *et al.* Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental. **Interface (Botucatu)**, v. 17, n. 45, p. 287-300, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários: inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial [da] União. Brasília, DF, 24 jan. 2008. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em: 15/06/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - Manual de Operação. Brasília, DF, 3a ed., 2009. Disponível em <https://cnes.datasus.gov.br/pages/downloads/documentacao.jsp>. Acesso em 14/10/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 3088, de 22 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. Brasília, 26/12/2011. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 15/06/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012. Altera a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial [da] União. Brasília, DF, 22/08/2012. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854_22_08_2012.html. Acesso em 15/06/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1412, de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Diário Oficial [da] União. Brasília, DF, 10/07/2013. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.html. Acesso em 15/06/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família e Equipe Parametrizada). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde - TABNET. Brasília, DF; 2015. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 8 de 24 de novembro de 2016. Dispõe sobre o processode pactuação interfederativa de indicadores para o período 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde. Diário Oficial [da] União. Brasília, DF, 12 dez. 2016. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/resolucoes/2016/resolucoes-cit-n-8-e-10-1.pdf>. Acesso em 04/10/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] União. Brasília, DF, 22/09/2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 15/06/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 3588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Diário Oficial [da] União. Brasília, 22/12/2017. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 15/06/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) - Terceiro Ciclo: Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica, Saúde Bucal e NASF (Saúde da Família e Parametrizada). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Nota técnica nº 3/2020, de 28 de janeiro de 2020. Brasília: Ministério da Saúde, 28/01/2020. Disponível em:

https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/previne-brasil/legislacao/legislacao-especifica/programa-previne-brasil/2020/nt_nasf-ab_previne_brasil.pdf/view. Acesso em: 15/06/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. e-Gestor Atenção Básica, 2021. Informação e Gestão da Atenção Básica, relatórios públicos. Disponível em <https://relatorioaps.saude.gov.br/>. Acesso em 14/10/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial [da] União. Brasília, 22/05/2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0635_22_05_2023.html.

Acesso em: 15/06/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. e-SUS Atenção Primária à Saúde: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 5.2 [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em <https://aps.saude.gov.br/ape/esus>. Acesso em 14/10/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. SISAB, 2023. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica, acesso público. Disponível em <https://sisab.saude.gov.br/>. Acesso em 14/10/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Dados para Vigilância: perfis das bases de dados produzidas pela Vigilância em Saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. 127 p.

BRITO, G.E.G.; FORTE, F.D.S.; FREIRE, J.C.G. *et al.* Articulação entre a EqSf/AB e o NASf/AB e sua influência na produção do cuidado no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 27, n. 6, p. 2495-2508, 2022.

- BROCARD, D.; ANDRADE, C.L.T.; FAUSTO, M.C.R. *et al.* Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. **Saúde Debate**, v. 42, n. esp. 1, p. 130-144, 2018.
- CAMPBELL, S.M.; ROLAND, M.O.; BUETOW, S.A. Defining quality of care. **Social Science & Medicine**, v. 51, n. 11, p. 1611-1625, 2000.
- CAMPOS, G.W.S.; Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.
- CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.
- CASTRO, C.P.; CAMPOS, G.W.S.; Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 455-481, 2016.
- CASTRO, C.P.; OLIVEIRA, M.M.; CAMPOS, G.W.S. Apoio matricial no SUS Campinas: análise da consolidação de uma prática interprofissional na rede de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1625-1636, 2016.
- CAVALCANTI, P.; FERNANDEZ, M. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: uma análise das principais mudanças normativas. **Physis**, v. 30, n. 03, 2020. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300323>. Acesso em 12/10/2024.
- CHAVES, L.A.; JORGE, A.O.; CHERCHIGLIA, M.L. *et al.* Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, 2018.
- CHAZAN, L.F.; FORTES, S.L.C.L.; JUNIOR, K.R.C. Apoio Matricial em Saúde Mental: revisão narrativa do uso dos conceitos horizontalidade e supervisão e suas implicações nas práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 8, p. 3251-3260, 2020. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1413-81232020258.31942018>. Acesso em 05/10/2024.
- CHIAVERINI, D.H. (org.) *et al.* Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p
- CHIEREGATTO, L.S. Organização das equipes de apoio matricial da região sul do município de São Paulo durante o desfinanciamento dos núcleos ampliados de Saúde da Família (NASF) no Programa Previne Brasil. Orientadora: Mônica Martins de Oliveira Viana. 2024. 102 f. Dissertação - Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, Coordenadoria

- de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Disponível em <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1571403>. Acesso em 08/11/2024.
- COELHO, V.A.; ANDRADE, L.I.; GUIMARÃES, D.A. *et al.* Regionalização da atenção psicossocial: uma visão panorâmica da Rede de Atenção Psicossocial de Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 5, p. 1895-1909, 2022.
- COHEN, M.C.; CASTANHO, P. Impasses e potências: o matriciamento como dispositivo de cuidado. **Interface (Botucatu)**, v. 25, 2021. Disponível em <https://doi.org/10.1590/interface.200462>. Acesso em 12/10/2024.
- COOK, J.A.; RAZZANO, L.A.; SWARBRICK, M.A. *et al.* Health risks and changes in self-efficacy following community health screening of adults with serious mental illnesses. **PloS Med**, v. 10, n. 4, 2015. Disponível em <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0123552>. Acesso em 25/09/2024.
- CORREIA, P.C.I.; GOULART, P.M.; FURTADO, J.P. A avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). **Saúde Debate**, v.41, n. esp., p. 345-359, 2017.
- COSTA, P.H.A.; COLUGNATI, F.A.B.; RONZANI, T.M. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3243-3253, 2015.
- COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P., org. **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, p. 141-168.
- CUNHA, E.M.; VARGENS, J.M.C. Sistemas de informação do Sistema Único de Saúde. In: GONDIM, G.M.M; CHRISTÓFARO, M.A.C; MIYASHIRO, G.M (Org.). **Técnico de vigilância em saúde: fundamentos**. v. 2. Rio de Janeiro: EPSJV, 2017. p. 71-112.
- DANTAS, C.R.; ODA, A.M.G.R. Cartografia das pesquisas avaliativas de serviços de saúde mental no Brasil (2004-2013). **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1127-1179, 2014.
- DE SILVA, M.J.; LEE, L.; FUHR, D.C. *et al.* Estimating the coverage of mental health programmes: a systematic review. **International Journal of Epidemiology**, v. 43, n. 2, p. 341-353, 2014.
- DIAS, M.S.A.; SILVA, L.C.C.; CARVALHO, F.A.N. *et al.* Construção de modelo teórico-lógico e matriz de julgamento para avaliação da efetividade do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 11, 2022. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT228721>. Acesso em 05/10/2024.

- DIMENSTEIN, M.; MACEDO, J.P.; FONTENELE, M.G. Atenção psicossocial nos serviços de atenção primária à saúde: desafios à integração no Brasil. **Mental**, v. 14, n. 25, 2022.
- DIMENSTEIN, M.; MACEDO, J.P.; SILVA, B.I.B.M. Capacidade de resposta do NASF em saúde mental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, 2023. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333017>. Acesso em 14/11/2024.
- DONABEDIAN, A. The quality of care: How can it be assessed? **JAMA**, v. 260. n. 12, p. 1743-1748, 1988.
- FAGUNDES, G.S.; CAMPOS, M.R.; FORTES, S.L.C.L. Matriciamento em Saúde Mental: análise do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico na Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 6, p. 2311-2322, 2021.
- FURTADO, J.P.; ONOCKO CAMPOS, R.T.; MOREIRA, M.I. *et al.* A elaboração participativa de indicadores para a avaliação em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 1, p. 102-110, 2013.
- GBD 2019 MENTAL DISORDERS COLLABORATORS (GBD). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. **Lancet Psychiatry**, v. 9, n. 2, p. 137-150, 2022.
- GERBALDO, T.B.; ARRUDA, A.T.; HORTA, B.L. *et al.* Avaliação da organização do cuidado em saúde mental na atenção básica à saúde do Brasil. **Trabalho, educação e saúde**, v. 16, n. 3, p. 1079-1094, 2018.
- GODOI, L.P.S.; BELOTTI, L.; GARCIA, E.M. *et al.* Apoio matricial como ferramenta da articulação entre atenção básica e Caps: o que os dados secundários mostram? **Saúde Debate**, v. 44, n. esp. 3, p. 128-143, 2020.
- GONÇALVES, R.C.; PERES, R.S. Matriciamento em saúde mental: obstáculos, caminhos e resultados. **Revista da SPAGESP**, v. 19, n. 2, p. 123-136, 2018.
- GRYSCHKE, G.; PINTO, A.A.M. Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3255-3262, 2015.
- HOLMES, A.; CHANG, Y-P. Effect of mental health collaborative care models on primary care provider outcomes: an integrative review. **Family Practice**, v. 39, p. 964-970, 2022.
- IBGE. Censo 2022 - Panorama, 2022. Panorama do Censo 2022, população por cor e raça. Disponível em <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/index.html>. Acesso em 14/10/2024.

- JORDANS, M.J.D.; CHISHOLM, D.; SEMRAU, M. *et al.* Indicators for routine monitoring of effective mental healthcare coverage in low- and middle-income settings: a Delphi study. **The Journal of Health Policy and Systems Research**, v. 31, n. 8, p. 1100-1106, 2016. Disponível em <https://doi.org/10.1093/heapol/czw040>. Acesso em 15/06/2024.
- LAURIKS, S.; de WIT, M.A.S.; BUSTER, M.C.A. *et al.* Composing a Core Set of Performance Indicators for Public Mental Health Care: A Modified Delphi Procedure. **Administration and Policy in Mental Health and Mental Health**, v. 41, p. 625-635, 2014. Disponível em <https://doi.org/10.1007/s10488-013-0506-4>. Acesso em 14/10/2024.
- LESSARD, L.; FOURNIER, L.; GAUTHIER, J. Quality assessment of primary care for common mental disorders in isolated communities: Taking advantage of health records. *Rural and Remote Health*, v. 15, p. 3224-3241, 2015.
- LIMA, R.S.A.; NASCIMENTO, J.A.; RIBEIRO, K.S.Q.S. *et al.* O apoio matricial no trabalho das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: análise a partir dos indicadores do 2º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, n. 1, p. 25-31, 2019.
- LIMA, A.M.J.; ANDRADE, E.I.G.; MACHADO, A.T.G. *et al.* Por que a assistência em saúde mental não acompanha a estruturação da atenção primária? **Revista de Saúde Pública**, v. 55, n. 99, 2021. Disponível em <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003344>. Acesso em 08/11/2024.
- LIMA, I.B.; BERNADI, F.A.; YAMADA, D.B. *et al.* O uso de indicadores para a gestão dos Serviços de Saúde Mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 29, 2021. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4202.3409>. Acesso em 15/06/2024.
- LIMA, I.B.; ALVES, D.; FUREGATO, A.R.F. Indicadores de saúde mental para a Rede de Atenção Psicossocial brasileira: uma proposta. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 30, 2022. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5618.3533>. Acesso em 15/02/2024.
- LIRA, G.N.W.; PADILHA, W.W.N. Qualidade dos Registros Enviados ao Sistema de Informação da Atenção Básica Pelas Equipes da Atenção Básica da Paraíba, em 2019. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 24, n. 4, p. 527-536, 2020.
- MACHADO, D.K.S.; CAMATTA, M.W. Apoio matricial como ferramenta de articulação entre a saúde mental e a atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 224-232, 2013.

MAFFISSONI, A.L.; da SILVA, K.J.; VENDRUSCOLO, C. *et al.* Função matriciadora dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde Debate**, v. 42, n. 119, p. 1012-1023, 2018.

MAIA, M.P.M.; SEVERO, A.K.S.; MEDEIROS, W.R. *et al.* Oferta de serviços e recursos humanos da Rede de Atenção Psicossocial no Brasil. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 13, n. 4, p. 15-31, 2021. Disponível em <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v13i4.1189>. Acesso em 05/04/2024.

MATTOS, M.P.; GUTIÉRREZ, A.C.; CAMPOS, G.W.S. Construção do referencial histórico-normativo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 9, p. 3503-3516, 2022.

MAZZA, D.A.A.; CARVALHO, B.G.; CARVALHO, M.N. *et al.* Aspectos macro e micropolíticos na organização do trabalho no NASF: o que a produção científica revela? **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 4, 2020. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312020300405>. Acesso em 12/10/2024.

MELO, E.A.; MIRANDA, L.; da SILVA, A.M. *et al.* Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. **Saúde Debate**, v. 42, n. esp. 1, p. 328-340. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S122>. Acesso em 05/01/2024.

MENEZES, A.L.A.; ATHIE, K.; FAVORETO, C.A.O. *et al.* Narrativas de sofrimento emocional na Atenção Primária: contribuições para uma abordagem integral culturalmente sensível em Saúde Mental Global. **Interface (Botucatu)**, v. 23, 2019. Disponível em <https://doi.org/10.1590/Interface.170803>. Acesso em 27/09/2024.

MINAYO, M.C.S. Construção de indicadores coletivos para avaliação de mudanças. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, s. 1, p. 83-91, 2009.

MOREIRA, D.C.; JUNIOR, J.P.B.; NERY, A.A. *et al.* Avaliação do trabalho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) por usuários, segundo os atributos da atenção primária. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 12, 2020. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0102-311X00031420>. Acesso em 08/11/2024.

NETO, G.C.C.; CHIORO, A. Afinal, quantos Sistemas de Informação em Saúde de base nacional existem no Brasil? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 7, 2021. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0102-311X00182119>. Acesso em 26/06/2024.

NETO, J.F.; FAM, B.M.; SILVA, K.L. Práticas de avaliação na gestão da Atenção Básica à Saúde. **Physis**, v. 32, n. 1, 2022.

Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320112>. Acesso em 12/10/202.

- NEVES, J.B.; DANTAS, M.A.F. Uma análise da articulação da saúde mental com a atenção básica. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 43, s. 1, p. 71-84, 2019.
- O'DONNELL, R. SAVAGLIO, M.; VICARY, D. *et al.* Effect of community mental health care programs in Australia: a systematic review. **Australian Journal of Primary Health**, v. 26, p. 443-451, 2020. Disponível em <https://doi.org/10.1071/PY20147>. Acesso em 08/11/2024.
- OLIVEIRA JÚNIOR, J.G. Subutilização, limites e potencialidades do sistema de informação em saúde para a atenção básica (SISAB). **Asklepion Informação em Saúde**, v. 2, n. 2, p. 52-70, 2023. Disponível em : <https://doi.org/10.21728/asklepion.2023v2n2.p52-70>. Acesso em 15/11/2024.
- OLIVEIRA, M.A.F.; CESTARI, T.Y.; PEREIRA, M.O. *et al.* Processos de avaliação de serviços de saúde mental: uma revisão integrativa. **Saúde Debate**, v. 38, n. 101, p. 368-378, 2014.
- OLIVEIRA, M.M.; CAMPOS, G.W.S. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 229-238, 2015. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.21152013>. Acesso em 05/10/2015.
- ONOCKO CAMPOS, R.T.; CAMPOS, G.W.S.; FERRER, A.L. *et al.* Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 43-50. 2012.
- ONOCKO CAMPOS, R.T.; FERRER, A.L.; GAMA, C.A.P.; *et al.* Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde Debate**, v. 38, n. esp., p. 252-264, 2014.
- ONOCKO CAMPOS, R.T.; FURTADO, J.P.; TRAPÉ, T.L. *et al.* Indicadores para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial tipo III: resultados de um desenho participativo. **Saúde Debate**, v. 41, n. esp., p. 71-83, 2017.
- ONOCKO CAMPOS, R.T.; CAMPOS, G.W.S.; AMARAL, C.E.M. *et al.* Apontamentos para estudo de sistemas de saúde: análise multifacetada e agravos traçadores. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, n. 102, 2020. Disponível em <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002055>. Acesso em 15/06/2024.
- ORUÉ, A.L. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica: revisão integrativa da literatura. **Saúde em Redes**, v. 4, n. 3, p. 159-177, 2018. Disponível em <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2018v4n3p159-177>. Acesso em 12/10/2024.

- PATEL, V.; BELKIN, G.S.; CHOCKALINGAM, A. *et al.* Grand challenges: integrating mental health services into priority health care platforms. **Plos Medicine**, v. 10, n. 5, 2013. Disponível em <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001448>. Acesso em 25/09/2024.
- PINHO, L.B.; SINIAK, D.S. O papel da atenção básica no cuidado ao usuário de crack: opinião de usuários, trabalhadores e gestores do sistema. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Outras Drogas**, v. 13, n. 1, p. 30-36, 2017.
- PUPO, L.R.; ROSA, T.E.C.; SALA, A. *et al.* Saúde mental na Atenção Básica: identificação e organização do cuidado no estado de São Paulo. **Saúde Debate**, v. 44, n. esp. 3, p. 107-127, 2020.
- REBELLO, T. J.; MARQUES, A.; GUREJEC, O. *et al.* Innovative strategies for closing the mental health treatment gap globally. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 27, n. 4, p. 308-314, 2014.
- REZENDE, R.F.M.; ANDRADE, B.S. Produção Laboral de Psicólogas(os) do Nasf-AB de Maceió (AL) em 2019: Uma Análise a Partir do Sisab. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 42, 2022. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1982-3703003243401>. Acesso em 08/11/2024.
- ROCHA, H.A.; SANTOS, A.F.; REIS, I.A. Saúde mental na atenção básica: uma avaliação por meio da Teoria da Resposta ao Item. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, n. 17, 2018. Disponível em <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000051>. Acesso em 15/10/2024.
- ROSSI, A.F.; PAULA, B.A.; ISRAEL, F.M. *et al.* A tessitura da construção coletiva de indicadores de saúde mental em Centros de Atenção Psicossocial. **Saúde Debate**, v. 47, n. 137, p. 333-345, 2023.
- SALGADO, M.A.; FORTES, S.L.C.L. Indicadores de saúde mental na atenção primária à saúde: avaliando a qualidade do acesso através da capacidade de detecção de casos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 9, 2021.
- SANINE, P.R.; SILVA, L.I.F. Saúde mental e a qualidade organizacional dos serviços de atenção primária no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 7, 2021. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0102-311X00267720>. Acesso em 14/11/2024.
- SANTOS, A.F.; MACHADO, A.T.G.M.; REIS, C.M.R. *et al.* Apoio institucional e matricial e sua relação com o cuidado na atenção básica à saúde. **Revista Saúde Pública**, v. 49, 2015. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005519>. Acesso em 01/10/2024.
- SANTOS, F.L.; SILVA, L.A.V. Atenção Básica e Saúde Mental: Relato Praxiográfico de uma Tecnologia de Cuidado. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 42, p. 1-12, 2022.

- SAPAG, J.C.; RUSH, B.; FERRIS, L.E. Collaborative mental health services in primary care systems in Latin America: contextualized evaluation needs and opportunities. **Health Expectations**, v. 19, p. 152-169, 2015.
- SARAIVA, S.; BACHMANN, M.; ANDRADE, M. *et al.* Bridging the mental health treatment gap: effects of a collaborative care intervention (matrix support) in the detection and treatment of mental disorders in a Brazilian city. **Family Medicine and Community Health**, v. 8, n. 4, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7507894/>
- SARAIVA, S.A.L; ZEPEDA, J.; LIRIA, A.F. Componentes do apoio matricial e cuidados colaborativos em saúde mental: uma revisão narrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 553-565, 2020.
- SHIMOGUIRI, A.F.D.T. O Paradigma Psicossocial: parâmetros mínimos para as práticas substitutivas ao Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 18, n. esp., p. 198-216, 2019
- SILVA, M.J.; LEE, L.; FUHR, D.C. Estimating the coverage of mental health programmes: a systematic review. **International Journal of Epidemiology**, v. 43, p. 341-353, 2014.
- SILVA, N.S.; CAMARGO, N.C.S.; BEZERRA, A.L.Q. Avaliação dos registros de procedimentos por profissionais de Centros de Atenção Psicossocial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 78, s. 5, p. 2320-2328, 2018.
- SILVA, V.C.; COELHO, A.A.; QUEIROZ, A.A.R. *et al.* Effectiveness of Agreement Criteria and Flows of Collaborative Care in Primary Mental Health Care in Brazil. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 22, 2022. Disponível em <https://doi.org/10.3390/ijerph192215148>. Acesso em 05/10/2024.
- SOBRINHO, D.F.; MACHADO, A.T.G.M.; LIMA, A.L.M.D. *et al.* Compreendendo o apoio matricial e o resultado da certificação de qualidade nas áreas de atenção à criança, mulher, diabetes/hipertensão e saúde mental. **Saúde Debate**, v. 38, n. esp., p. 83-93, 2014.
- SOUZA, T.T.; CALVO, M.C.M. Avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família com foco na integração às equipes apoiadas. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, n. 41, 2018. Disponível em <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000122>. Acesso em 05/10/2024.
- STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco Brasil, Ministério da Saúde; 2004.
- SURJUS, L.T.L.S.; ONOCKO CAMPOS, R.T. Indicadores de avaliação da inserção de pessoas com deficiência intelectual na Rede de Atenção Psicossocial. **Saúde Debate**, v. 41, n. esp., p. 60-70, 2017.

TELLES, M.W.P.; LOPES, L.M.V. Quais os possíveis impactos do Previnir Brasil para o trabalho e educação da fonoaudiologia na Atenção Primária à Saúde? **Distúrbios da comunicação**, v. 35, n. 1, 2023. Disponível em

<https://doi.org/10.23925/2176-2724.2023v35i1e59345>. Acesso em 08/11/2024.

TESSER, C.D. Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 21, n. 62, p. 565-578, 2017. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0939>. Acesso 08/11/2024.

THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. What are the arguments for community-based mental health care? Health Evidence Network report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2003. Disponível em: <http://www.euro.who.int/document/E82976.pdf>. Acesso em 25/06/2024.

TIMMERMANN, T.A.R.; BRITES, L.S.; ROCHA, C.M.F. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: análise de uma década da produção normativa do Ministério da Saúde. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 2, 2023. Disponível em

<https://doi.org/10.1590/1414-462X202331020270>. Acesso em 08/10/2024.

TRAPÉ, T.L.; ONOCKO CAMPOS, R.T. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 19, 2017. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006059>. Acesso em 15/06/2024.

TRAPÉ, T.L.; ONOCKO CAMPOS, R.T.; GAMA, C.A.P. Mental Health Network: A Narrative Review Study of the Integration Assistance Mechanisms at the Brazilian National Health System. **International Journal of Health Sciences**, v. 3, n. 3, p. 45-53, 2015.

TREICHEL, C.A.S.; ONOCKO CAMPOS, R.T.; CAMPOS, G.W.S. Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil. **Interface (Botucatu)**, v. 23, 2019.

VIANA, A. L. D.; BOUSQUAT, A.; MELO, G.A. *et al.* Regionalização e Redes de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6. 2018.

VIEIRA, N.F.C.; MACHADO, M.F.A.S.; NOGUEIRA, P.S.F. *et al.* Fatores presentes na satisfação dos usuários na Atenção Básica. **Interface (Botucatu)**, v. 25, 2021. Disponível em <https://doi.org/10.1590/interface.200516>. Acesso em 10/10/2024.

VOLPE, F.M.; BRAGA, I.P.; SILVA, E.M. Community health services and risk of readmission in public psychiatric hospitals of Belo Horizonte, Brazil, 2005-2011. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, v. 40, n. 3, p. 193-201, 2018. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0080>. Acesso em 08/11/2024.

WENCESLAU, L.D.; ORTEGA, F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. **Interface (Botucatu)**, v. 19, n. 55, 2015.

WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Mental health action plan 2013-2020. Geneva: WHO, 2013.

WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Mental health atlas 2020. Geneva: WHO, 2021.

WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO); WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS (WONCA). Integrating mental health into primary care : a global perspective. Geneva: WHO, 2008.

WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO). MhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) - version 2. Geneva: WHO; 2019.

APÊNDICE A - TABELAS E GRÁFICOS COM DADOS EXTRAÍDOS DAS 27 RS, NO PERÍODO DE 2014 A 2023, PARA OS INDICADORES SELECIONADOS

Tabela 3 - Cobertura pela Atenção Básica (em % da população residente, por Região de Saúde; período 2014-2023)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
RO	57,34	59,17	59,27	54,96	63,96	62,92	69,37	67,19	69,83	70,22
AC	69,12	70,18	68,13	68,78	80,65	70,98	84,46	91,61	93,54	94,54
AM	42,17	41,24	37,39	36,08	51,66	57,38	70,47	69,08	71,68	77,3
RR	67,44	69,02	69,75	62,46	79,87	66,81	81,86	73,51	80,24	86,06
PA	37,84	41,57	42,71	42,62	55,94	53,27	53,9	58,14	58,29	95,78
AP	67,69	66,98	57,56	28,09	86,62	58,94	80,97	60,59	70,22	76,76
TO	88,67	87,58	99,61	99,67	97,84	99,84	99,51	91,96	95,83	98,58
MA	44,28	44,43	44,27	43,89	53,09	53,29	54,06	60,58	62,24	64,91
PI	100	100	99,69	100	100	99,95	99,7	91,86	95,97	98,06
CE	44,93	54,43	50,19	53,33	53,9	63,62	70,84	84,85	91,56	93,43
RN	60,13	59,54	54,54	49,37	64,64	65,54	71,94	70,35	71,42	74,98
PB	89,24	87,22	87,53	87,6	91,26	96,49	94,25	99,1	99,7	100
PE	57,87	57,56	58,75	60,64	67,87	67,79	70,14	74,63	72,92	82,07
AL	43,68	43,5	43	42,28	55,59	53,76	59,14	50,68	51,15	55,39
SE	82,16	81,09	72,5	67,44	80,46	84,95	84	85,65	91,91	95,23
BA	32,14	34,15	34,81	35,3	44,9	48,8	61,28	59,85	61,69	63,35
MG	74,16	74,58	73,08	73,81	91,02	92,74	94,63	92,39	93,4	94,28
ES	44,18	44,93	43,79	40,88	59,25	63,27	71,65	77,38	83,92	85,18
RJ	40,58	42,4	51,23	54,07	61,24	52,29	50,15	57,21	63,76	69,54
SP	32,96	31,62	34,19	35,34	60,95	62,58	70,61	46,77	53,39	56,98
PR	49,33	49,16	48,2	47,11	58,68	58,43	69,68	71,17	77,45	84,75
SC	83,3	86,38	86,73	83,97	88,18	93,43	83,3	89,13	97,16	99,65
RS	39,94	42,98	44,62	47,13	63,34	63,38	61,16	74,1	77,25	79,35
MS	57,94	56,94	55,88	58,93	71,18	69,47	77,05	71,85	78,23	89,78
MT	39,21	39,23	41,07	42,21	54,52	55,4	64,73	64,16	76,55	98,6
GO	61,85	61,36	58,61	56,33	69,21	66,94	66,84	66,03	66,91	68,18
DF	29,92	30,23	29,23	33,6	61,26	53,36	58,72	69,67	70,56	72,5
Média	56,97	57,68	57,27	55,77	69,15	67,99	73,13	72,94	76,92	82,42
Med.	57,34	56,94	54,54	53,33	63,96	63,38	70,61	71,17	76,55	84,75
DP	19,63	19,15	19,34	19,60	15,48	15,74	13,77	13,92	14,13	13,86

As RS estão representadas pela sigla do Estado ao qual pertence; DP: desvio padrão.

As cores fazem referência à distância do dado em relação a menos dois DP (vermelho), menos um DP (amarelo) e mais um DP (verde). Fonte: elaborado pelo autor

Tabela 4 - Razão de equipes NASF por cada 10 eSFs (por Região de Saúde; período 2014-2023)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
RO	0,00	0,00	0,09	0,09	0,09	0,17	0,23	0,29	0,28	0,28
AC	0,78	0,73	0,75	0,79	0,85	0,93	0,43	0,41	0,34	0,63
AM	0,56	0,52	0,52	0,52	0,65	0,62	0,35	0,32	0,32	1,05
RR	0,57	0,64	0,74	0,99	0,76	0,93	0,70	0,68	0,68	1,26
PA	0,54	0,64	0,58	0,79	0,93	0,92	0,74	0,55	0,54	0,64
AP	0,91	0,99	0,89	0,87	1,03	0,68	0,97	0,97	0,90	2,30
TO	1,03	1,04	1,93	2,10	2,37	2,18	2,13	2,03	2,05	2,20
MA	0,22	0,26	0,95	1,05	0,99	0,99	0,13	0,11	0,11	0,22
PI	0,81	0,82	0,80	0,91	0,90	0,91	0,76	0,79	0,79	0,83
CE	1,00	0,95	0,96	0,93	1,09	1,03	0,93	0,93	0,91	0,98
RN	0,58	0,56	0,60	0,57	0,57	0,55	0,53	0,52	0,51	0,68
PB	1,53	1,51	1,49	1,49	1,50	1,46	1,45	1,40	1,38	1,13
PE	0,80	0,83	0,82	0,87	0,87	0,84	0,70	0,65	0,64	0,79
AL	0,78	0,82	0,94	1,14	1,20	1,20	1,20	0,91	0,89	0,98
SE	0,50	0,50	0,48	0,68	0,83	0,78	0,57	0,49	0,51	0,73
BA	0,52	0,54	0,53	0,56	0,58	0,58	0,40	0,39	0,36	0,69
MG	1,11	1,12	1,12	1,11	1,38	1,36	1,35	1,33	1,30	1,35
ES	0,15	0,15	0,31	0,30	0,28	0,22	0,19	0,17	0,27	1,00
RJ	0,55	0,73	0,60	0,62	0,65	0,70	0,60	0,57	0,62	0,90
SP	0,64	0,77	0,80	0,98	0,82	0,96	0,91	0,94	0,77	1,24
PR	0,76	0,81	0,78	0,74	0,77	0,80	0,61	0,55	0,55	0,84
SC	1,05	1,18	1,23	1,20	1,32	1,24	1,08	3,13	3,65	4,08
RS	0,14	0,30	0,33	0,35	0,33	0,34	0,23	0,21	0,14	0,30
MS	1,05	1,06	1,05	1,09	1,12	1,19	0,90	0,79	1,48	1,01
MT	0,18	0,18	0,25	0,40	0,48	0,53	0,38	0,34	0,33	0,88
GO	0,76	0,87	0,87	1,04	1,01	0,97	0,76	0,67	0,57	0,71
DF	0,00	0,00	0,00	0,27	0,52	0,53	0,60	0,63	0,73	0,87
Média	0,65	0,69	0,76	0,83	0,89	0,87	0,73	0,77	0,80	1,06
Mediana	0,64	0,73	0,78	0,87	0,85	0,91	0,70	0,63	0,62	0,88
DP	0,37	0,37	0,41	0,41	0,45	0,41	0,44	0,63	0,72	0,76

As RS estão representadas pela sigla do Estado ao qual pertence; DP: desvio padrão.

As cores fazem referência à distância do dado em relação a menos dois DP (vermelho), menos um DP (amarelo) e mais um DP (verde).

Fonte: elaborado pelo autor

Tabela 5 - Razão de psiquiatras lotados na AB por cada 1.000.000 de pessoas adscritas

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
RO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,56
AC	5,44	5,26	2,67	2,60	2,19	2,45	2,03	1,84	4,06	2,01
AM	0,00	1,01	1,10	0,00	0,76	2,03	2,17	5,43	5,23	3,77
RR	3,53	6,74	0,00	3,48	2,57	2,90	4,53	4,87	2,28	4,25
PA	2,45	3,32	3,21	2,13	1,61	1,68	2,47	0,76	0,87	0,53
AP	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,63
TO	3,33	0,00	0,00	0,00	8,34	8,01	5,26	2,79	2,78	2,70
MA	8,06	4,78	6,35	4,77	2,61	2,58	3,79	2,24	5,44	3,13
PI	4,13	4,11	2,47	4,08	2,44	3,25	2,43	3,51	2,51	4,10
CE	1,94	3,17	4,26	4,38	1,17	2,96	2,05	1,70	3,30	2,83
RN	6,49	2,59	2,79	3,05	1,15	2,25	1,01	1,03	0,00	0,00
PB	8,06	9,98	9,85	9,75	13,48	11,05	4,01	4,53	4,51	10,48
PE	10,52	8,41	9,82	7,89	7,00	6,62	6,02	8,44	9,02	7,09
AL	27,81	24,03	20,44	26,29	19,86	23,32	21,07	27,49	28,21	31,84
SE	10,54	15,05	9,98	8,83	11,69	10,94	9,57	11,93	8,01	7,73
BA	1,89	0,88	2,58	1,69	1,32	3,62	3,34	2,43	2,77	3,24
MG	24,77	28,50	35,05	27,29	22,66	19,91	19,11	18,85	21,98	19,46
ES	19,38	14,82	9,00	7,39	5,03	7,97	6,37	6,88	8,39	20,15
RJ	22,59	22,88	18,66	17,25	13,91	13,66	12,48	9,91	11,47	15,85
SP	46,56	51,37	53,28	50,75	29,64	27,65	27,92	42,77	40,07	55,63
PR	12,34	11,06	11,15	12,47	13,20	11,24	7,38	6,40	4,71	4,64
SC	21,66	21,53	23,07	21,38	20,01	19,46	18,55	8,99	13,65	17,01
RS	20,55	9,00	11,50	13,55	7,36	9,32	8,25	6,22	4,81	9,36
MS	14,48	14,55	17,08	13,72	14,96	13,26	11,82	9,85	9,40	10,42
MT	7,91	2,61	0,00	2,38	1,83	0,00	1,51	3,03	3,71	3,84
GO	3,63	2,71	1,86	1,91	2,30	3,91	5,41	3,86	3,17	7,77
DF	1,19	1,16	1,18	3,04	2,20	2,49	2,23	1,86	3,02	3,43
Média	10,71	9,98	9,53	9,26	7,75	7,87	7,07	7,32	7,53	9,50
Mediana	7,91	5,26	4,26	4,38	2,61	3,91	4,53	4,53	4,51	4,25
DP	11,01	11,63	12,31	11,40	8,13	7,56	7,14	9,31	9,17	11,81

As RS estão representadas pela sigla do Estado ao qual pertence; DP: desvio padrão.

As cores fazem referência à distância do dado em relação a menos dois DP (vermelho), menos um DP (amarelo) e mais um DP (verde).

Fonte: elaborado pelo autor

Tabela 6 - Razão de psicólogos lotados na AB por cada 1.000.000 de pessoas adscritas

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
RO	23,97	28,42	22,24	17,64	17,34	17,29	24,20	31,24	25,75	28,17
AC	54,36	60,52	53,37	65,08	50,27	80,71	78,98	55,21	67,06	70,37
AM	46,45	43,51	30,67	33,45	29,06	31,80	24,37	28,80	30,79	45,79
RR	70,51	77,46	45,51	45,23	48,75	55,18	68,00	90,08	88,98	91,47
PA	66,09	65,23	61,96	70,16	58,70	66,24	66,67	65,18	74,57	47,49
AP	63,92	65,98	91,39	85,10	58,22	53,91	66,28	109,36	172,61	176,32
TO	63,33	56,11	244,54	220,08	150,12	136,21	102,51	114,47	94,43	102,60
MA	35,44	44,61	76,20	79,49	61,31	51,60	54,29	51,47	45,68	38,59
PI	28,06	29,60	25,48	31,04	33,37	37,33	37,30	41,24	37,71	39,37
CE	31,96	28,54	29,00	29,07	43,79	37,47	34,57	32,06	74,65	79,62
RN	81,82	56,98	72,64	65,62	47,25	41,59	44,58	36,92	45,43	52,77
PB	82,39	77,10	80,58	71,80	69,10	67,12	62,48	61,93	66,07	80,85
PE	61,45	51,28	49,94	42,97	40,96	40,76	37,15	40,35	44,39	44,06
AL	198,36	181,14	193,20	187,77	151,80	163,25	152,75	186,35	250,74	254,70
SE	36,14	45,16	58,19	75,92	68,68	57,43	42,36	27,83	25,36	29,62
BA	46,25	48,54	50,77	54,82	40,19	40,98	35,31	34,98	41,06	43,77
MG	120,20	114,42	129,59	117,60	100,68	97,67	108,19	99,92	108,56	114,47
ES	136,65	123,51	127,96	144,73	102,09	114,93	107,13	97,44	99,12	119,36
RJ	74,72	73,22	60,89	59,39	45,00	49,19	49,56	41,45	54,30	60,45
SP	90,81	96,65	101,20	94,95	53,49	51,13	47,57	79,00	71,47	77,08
PR	74,03	82,70	106,26	89,09	68,35	82,41	64,49	54,22	54,04	59,32
SC	63,89	60,49	54,16	60,07	57,18	68,12	83,00	89,87	84,96	75,44
RS	57,33	37,00	46,01	48,78	38,81	39,96	39,86	29,38	31,26	33,36
MS	92,94	94,57	100,06	101,75	83,23	83,34	95,39	116,40	143,51	100,48
MT	44,84	62,66	54,38	61,99	43,91	48,19	40,90	45,47	44,53	35,53
GO	47,24	50,50	44,66	60,15	49,81	52,38	40,96	44,04	50,65	57,47
DF	5,95	5,80	5,91	41,60	26,89	37,29	50,73	50,10	48,29	46,02
Média	66,63	65,25	74,70	76,12	60,68	63,09	61,47	64,99	73,18	74,24
Mediana	63,33	60,49	58,19	65,08	50,27	52,38	50,73	51,47	54,30	59,32
DP	38,77	35,22	52,26	46,45	32,70	33,07	30,46	37,49	49,86	49,46

As RS estão representadas pela sigla do Estado ao qual pertence; DP: desvio padrão.

As cores fazem referência à distância do dado em relação a menos dois DP (vermelho), menos um DP (amarelo) e mais um DP (verde).

Fonte: elaborado pelo autor

Tabela 7 - Razão de profissionais de saúde de nível superior (médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais e enfermeiros), lotados no CAPS, por cada 1.000.000 de habitantes (por RS; período 2014-2023)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
RO	97,93	97,53	95,58	93,70	95,04	91,69	93,08	86,96	91,71	111,49
AC	31,94	22,16	27,27	32,23	40,54	32,98	54,74	53,95	68,43	76,03
AM	37,47	49,66	47,93	45,46	43,85	46,58	43,13	46,17	52,89	56,63
RR	90,34	118,55	131,50	149,94	145,49	155,23	144,72	153,92	186,73	168,42
PA	98,65	100,19	100,84	98,32	98,96	108,55	99,37	104,88	117,25	120,79
AP	57,03	71,09	69,52	73,55	61,24	70,61	70,98	103,64	149,49	179,79
TO	76,85	121,41	124,62	99,96	141,44	106,66	138,63	128,37	143,73	212,93
MA	97,73	100,52	99,80	94,89	93,49	101,06	92,15	99,64	101,54	98,15
PI	112,24	113,48	115,55	123,34	113,13	120,86	122,09	139,45	147,98	153,61
CE	110,51	113,50	105,10	106,41	106,42	115,85	114,78	114,37	241,30	271,89
RN	59,35	58,60	65,52	69,31	75,98	81,04	79,45	83,68	92,58	91,00
PB	163,83	155,85	141,84	141,33	133,82	140,95	143,45	155,67	152,71	154,21
PE	128,84	139,60	147,65	137,95	131,39	132,48	136,86	127,68	155,01	155,51
AL	114,99	114,97	112,63	104,00	121,45	120,68	127,72	126,18	137,07	145,09
SE	129,90	144,03	138,61	139,31	148,15	120,80	134,31	128,25	154,55	166,81
BA	96,78	80,78	75,19	77,41	79,29	83,81	88,59	87,82	107,14	111,59
MG	128,59	135,94	136,10	139,24	157,35	149,50	163,64	157,92	162,04	186,93
ES	58,57	58,60	57,79	63,48	69,01	78,18	79,67	79,50	88,46	100,35
RJ	76,44	78,29	80,73	86,72	86,41	89,74	91,63	95,98	116,12	117,77
SP	106,49	106,00	107,46	106,12	116,70	129,69	141,74	144,72	161,54	169,32
PR	111,30	124,82	105,55	110,52	119,78	122,03	145,38	159,98	146,62	158,98
SC	56,83	83,25	77,42	76,94	84,88	81,00	84,60	91,31	92,12	93,60
RS	101,09	100,58	96,23	109,85	118,69	159,54	168,14	158,28	177,41	184,37
MS	83,92	88,36	98,87	106,44	115,15	114,47	120,98	130,59	140,33	159,71
MT	89,97	86,04	80,20	86,55	79,80	79,10	105,89	86,54	80,48	69,12
GO	111,81	111,77	111,80	103,80	107,14	104,14	110,03	106,62	117,02	127,08
DF	16,74	25,61	23,51	94,77	86,73	84,57	87,39	103,42	113,58	111,81
Média	90,60	96,34	95,36	98,95	102,64	104,51	110,49	113,17	129,48	139,00
Mediana	97,73	100,52	99,80	99,96	106,42	106,66	110,03	106,62	137,07	145,09
DP	33,48	33,73	32,91	28,85	30,72	31,01	32,32	31,51	40,80	47,88

As RS estão representadas pela sigla do Estado ao qual pertence; DP: desvio padrão.

As cores fazem referência à distância do dado em relação a menos dois DP (vermelho), menos um DP (amarelo) e mais um DP (verde).

Fonte: elaborado pelo autor

Tabela 8 - Razão do número de Atendimento Individuais em Saúde Mental (incluindo usuários de substâncias, exceto tabaco) executados pelas equipes NASF/eMulti, por cada 1.000 habitantes adscritos à AB (por Região de Saúde; período: 2014-2023)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
RO	0,00	0,00	0,52	0,39	0,27	0,12	0,51	1,17	0,17	0,36
AC	0,00	0,97	6,17	7,85	6,30	7,25	4,02	2,37	3,20	4,49
AM	0,21	0,98	2,07	4,65	4,50	8,74	4,05	2,90	3,07	5,32
RR	0,00	0,39	2,41	3,24	5,16	7,55	5,39	4,58	3,41	3,41
PA	0,18	1,16	3,07	3,83	3,47	4,79	2,85	3,36	3,41	1,53
AP	0,35	3,21	15,80	24,90	11,26	19,79	14,94	14,74	4,77	16,26
TO	0,63	3,38	8,02	11,68	13,61	18,52	14,28	15,33	15,23	15,25
MA	0,03	0,41	4,41	13,19	14,13	13,17	2,56	0,04	0,52	1,71
PI	0,44	2,82	6,42	7,90	9,74	10,68	3,91	6,69	5,49	6,41
CE	0,13	2,68	7,50	9,76	14,33	15,58	8,90	9,68	17,07	23,31
RN	0,29	1,65	3,80	5,91	6,21	6,55	2,22	3,59	4,55	5,69
PB	1,70	7,23	9,07	10,32	12,43	14,53	8,44	9,57	7,37	8,14
PE	0,09	3,04	5,71	8,64	13,74	13,30	6,20	6,20	7,84	6,91
AL	0,00	0,46	4,20	9,18	7,51	10,36	6,05	16,60	14,43	16,63
SE	0,00	0,40	1,40	5,07	5,57	5,28	2,50	1,26	1,46	3,04
BA	1,33	1,45	1,98	2,90	3,54	4,62	2,08	1,08	1,60	2,89
MG	0,01	0,58	8,67	9,64	17,06	19,82	8,81	10,59	13,49	14,42
ES	0,00	0,31	0,82	2,08	2,05	0,89	0,24	1,35	2,16	8,04
RJ	0,00	0,89	3,01	4,46	6,61	6,11	5,22	6,82	3,82	4,16
SP	0,00	0,00	0,00	12,56	13,99	13,11	8,43	16,43	17,55	18,82
PR	0,02	0,19	1,45	1,86	1,98	2,62	1,64	2,60	0,67	3,15
SC	0,99	2,51	10,73	12,94	20,49	21,55	17,02	21,60	16,38	24,22
RS	0,03	0,25	2,57	3,25	2,27	1,00	0,19	0,17	0,68	1,32
MS	2,14	5,59	9,68	15,17	23,49	20,81	7,22	10,39	10,35	9,34
MT	0,04	0,47	0,59	1,16	2,30	2,14	0,83	1,24	0,68	0,71
GO	0,09	2,43	4,26	8,47	12,30	15,10	8,73	7,81	7,15	7,19
DF	0,00	0,00	0,00	0,12	1,01	2,16	1,88	2,75	4,74	7,12
Média	0,32	1,61	4,61	7,45	8,72	9,86	5,52	6,70	6,34	8,14
Mediana	0,04	0,97	3,80	7,85	6,61	8,74	4,05	4,58	4,55	6,41
DP	0,57	1,78	3,87	5,52	6,25	6,75	4,55	5,98	5,69	6,88

As RS estão representadas pela sigla do Estado ao qual pertence; DP: desvio padrão.

As cores fazem referência à distância do dado em relação a menos dois DP (vermelho), menos um DP (amarelo) e mais um DP (verde).

Fonte: elaborado pelo autor

Tabela 9 - Razão de Atendimento Individuais realizados por psicólogo na AB por cada 1.000 habitantes adscritos à AB (por Região de Saúde; período: 2014-2023)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
RO	0,00	0,06	0,32	0,72	0,34	0,11	1,23	2,28	0,89	1,05
AC	0,00	1,76	5,91	5,19	9,29	12,91	7,95	13,10	11,70	11,59
AM	0,19	1,18	4,10	5,58	6,01	9,28	5,94	9,29	10,18	15,05
RR	0,91	5,14	8,94	13,52	11,41	11,22	8,57	15,16	27,18	24,54
PA	2,13	5,29	7,75	11,65	14,89	15,62	7,82	11,63	19,83	9,79
AP	0,96	3,78	9,88	20,07	8,92	11,50	7,63	15,08	25,25	39,59
TO	0,85	2,90	23,03	28,80	36,79	32,41	32,16	39,29	39,28	45,94
MA	0,03	0,57	3,03	10,01	11,43	13,09	11,03	17,42	10,39	8,65
PI	0,39	2,50	5,54	6,39	8,10	10,87	4,96	7,40	7,19	7,71
CE	0,11	2,23	6,56	7,39	12,83	14,92	10,88	13,37	30,74	53,33
RN	0,38	3,06	5,29	8,69	11,80	11,28	5,26	6,38	9,92	15,97
PB	2,28	8,09	8,60	10,38	13,85	15,06	10,48	12,12	8,90	10,38
PE	0,26	3,08	5,63	6,98	10,74	10,23	6,96	9,12	13,37	13,78
AL	0,00	0,79	28,50	48,50	49,36	67,08	40,80	65,68	89,00	123,29
SE	0,00	2,40	3,94	6,71	8,10	13,70	3,76	7,25	5,49	6,62
BA	0,96	1,43	2,34	3,71	5,33	7,29	3,71	3,11	6,49	7,33
MG	0,25	4,00	52,38	43,93	45,84	48,66	35,89	48,31	53,57	52,76
ES	0,01	1,35	3,47	6,28	12,62	14,82	17,45	31,05	45,85	49,70
RJ	0,00	1,01	1,13	2,54	7,27	13,56	12,14	16,07	16,39	22,57
SP	0,00	0,00	0,00	8,49	17,39	17,21	18,31	47,42	46,39	47,13
PR	0,15	1,14	3,63	22,45	23,53	28,20	16,39	22,68	23,97	22,10
SC	2,15	6,05	9,83	16,30	25,97	27,78	23,38	33,42	30,12	36,91
RS	0,00	0,12	7,04	7,55	6,53	6,22	5,08	4,43	6,57	6,54
MS	2,67	6,53	11,80	16,53	27,83	32,01	18,13	26,12	27,58	31,84
MT	0,03	0,51	0,80	1,30	6,38	6,79	3,65	4,93	3,83	3,40
GO	0,16	2,69	5,79	7,15	9,12	14,17	9,48	10,57	21,53	23,16
DF	0,00	0,00	0,00	0,18	4,59	8,83	11,54	11,28	11,68	12,33
Média	0,55	2,51	8,34	12,11	15,05	17,59	12,61	18,66	22,34	26,04
Mediana	0,16	2,23	5,63	7,55	11,41	13,56	9,48	13,10	16,39	15,97
DP	0,81	2,18	10,89	11,91	12,31	14,13	10,11	15,91	19,44	25,46

As RS estão representadas pela sigla do Estado ao qual pertence; DP: desvio padrão.

As cores fazem referência à distância do dado em relação a menos dois DP (vermelho), menos um DP (amarelo) e mais um DP (verde).

Fonte: elaborado pelo autor

Tabela 10 - Razão do número de atividades coletivas executadas pelos NASF cuja temática é relacionada à saúde mental e à dependência química por cada 10.000 pessoas adscritas à AB (por Região de Saúde; período: 2014-2023)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
RO	0,00	0,00	0,95	0,53	0,45	0,72	1,19	0,31	1,18	0,18
AC	0,00	0,21	2,48	3,70	3,80	6,58	0,51	0,61	1,26	1,45
AM	0,10	0,67	1,11	2,46	1,60	5,66	2,10	0,81	0,74	4,58
RR	0,00	0,00	0,00	1,77	1,98	2,53	0,59	0,27	1,30	3,11
PA	0,04	0,28	1,42	2,25	1,85	3,97	1,55	0,73	0,59	0,73
AP	0,09	0,60	4,64	12,96	9,81	11,29	3,40	5,47	7,16	16,82
TO	0,23	3,47	2,05	4,43	8,53	12,77	8,10	8,29	10,53	13,53
MA	0,00	0,22	3,60	22,14	18,71	21,57	2,78	0,00	0,00	0,05
PI	0,79	1,44	3,56	5,15	5,46	7,00	1,27	2,54	1,83	2,08
CE	0,11	1,12	3,13	4,61	12,99	16,99	3,80	2,64	7,92	6,38
RN	0,42	1,80	3,32	5,89	10,58	10,43	0,98	0,58	0,37	1,26
PB	0,87	2,57	3,01	4,38	6,34	6,38	2,40	1,43	1,79	2,04
PE	0,63	1,92	2,37	3,91	7,11	7,83	3,08	2,73	3,35	4,27
AL	0,00	0,28	2,43	7,90	11,89	10,20	4,95	9,79	6,99	8,47
SE	0,00	0,12	0,25	3,60	3,19	2,57	0,41	0,24	0,73	1,22
BA	1,59	1,02	1,94	2,24	2,33	3,19	0,55	0,39	0,51	1,67
MG	0,00	0,15	4,93	5,81	6,28	8,72	2,39	0,70	3,47	7,90
ES	0,05	0,05	0,15	1,08	2,49	3,30	0,53	0,12	1,54	6,43
RJ	0,01	0,99	3,56	4,24	4,67	5,86	2,71	4,08	2,27	4,20
SP	0,00	0,00	3,80	14,14	10,73	14,37	3,61	3,83	19,54	98,83
PR	0,00	0,47	1,74	3,28	2,39	4,96	0,95	0,12	0,15	1,92
SC	0,50	3,19	7,98	11,45	12,07	10,82	3,44	2,16	7,09	10,31
RS	0,00	0,29	0,99	0,69	0,43	0,46	0,08	0,02	0,09	0,25
MS	2,39	6,61	8,25	16,75	21,84	18,97	3,55	6,17	9,31	10,73
MT	5,75	5,17	2,45	9,54	5,16	4,78	0,18	0,62	0,38	1,95
GO	0,08	1,34	2,41	7,22	5,63	5,95	0,64	0,12	0,18	0,47
DF	0,00	0,02	0,01	0,58	3,11	8,51	2,57	2,81	11,19	20,57
Média	0,51	1,26	2,69	6,03	6,72	8,01	2,16	2,13	3,76	8,57
Mediana	0,05	0,60	2,43	4,38	5,46	6,58	2,10	0,73	1,54	3,11
DP	1,19	1,66	2,07	5,34	5,41	5,37	1,79	2,63	4,72	18,81

As RS estão representadas pela sigla do Estado ao qual pertence; DP: desvio padrão.

As cores fazem referência à distância do dado em relação a menos dois DP (vermelho), menos um DP (amarelo) e mais um DP (verde).

Fonte: elaborado pelo autor

Tabela 11 - Razão do número de atividades coletivas executadas pelos NASF cujo público alvo são portadores de sofrimento mental e usuários de substâncias (exceto tabaco) por cada 10.000 pessoas adscritas à AB (por Região de Saúde; período: 2014-2023)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
RO	0,00	0,00	0,08	0,00	0,00	0,00	0,52	0,27	0,06	0,00
AC	0,00	0,26	1,20	1,20	1,43	3,06	0,18	0,08	0,51	0,27
AM	0,05	0,14	0,32	0,91	0,44	1,87	0,52	0,08	0,02	0,87
RR	0,00	0,00	0,00	0,63	0,52	0,34	0,09	0,10	0,11	0,17
PA	0,00	0,13	0,91	0,49	0,77	0,90	0,49	0,29	0,32	0,32
AP	0,00	0,06	0,65	1,96	0,12	0,28	0,23	3,75	7,96	13,20
TO	0,87	2,71	0,94	0,59	1,03	2,31	1,76	0,98	0,81	1,48
MA	0,00	0,16	0,40	1,86	3,45	4,00	0,34	0,00	0,00	0,01
PI	0,19	0,32	1,09	2,10	2,69	3,94	0,85	0,58	0,56	0,10
CE	0,03	0,76	1,45	1,50	4,63	5,08	1,33	0,80	1,67	1,28
RN	0,35	2,28	3,24	5,28	7,17	7,11	1,15	0,38	0,22	0,71
PB	0,57	3,82	3,98	3,73	6,03	5,35	1,11	1,06	1,18	1,57
PE	0,48	1,21	0,92	1,16	1,97	2,89	0,76	0,92	1,09	0,97
AL	0,00	0,11	0,78	1,84	3,76	3,41	0,68	2,25	1,92	1,57
SE	0,00	0,02	0,08	1,09	1,01	2,73	0,49	0,03	0,20	1,47
BA	0,55	0,19	0,29	0,46	0,67	0,66	0,37	0,26	0,34	0,27
MG	0,00	0,69	6,70	4,56	5,53	7,50	2,23	0,51	2,32	4,47
ES	0,00	0,03	0,00	0,54	2,09	2,11	0,29	0,02	0,84	3,77
RJ	0,01	1,22	3,33	5,82	9,00	13,12	3,95	3,90	2,47	6,10
SP	0,00	0,00	2,25	8,42	9,57	12,47	2,49	2,01	6,95	28,71
PR	0,00	0,27	2,32	1,32	1,71	3,02	0,62	0,29	0,03	2,98
SC	0,41	1,46	5,11	6,31	6,76	8,30	4,57	2,30	3,93	7,48
RS	0,00	0,20	0,59	0,54	0,22	0,28	0,06	0,03	0,11	0,17
MS	0,65	1,25	2,44	9,77	13,75	14,76	2,15	1,78	7,22	6,87
MT	0,45	0,00	1,48	2,62	1,45	1,11	0,04	0,26	0,14	0,62
GO	0,00	0,41	1,15	4,01	1,92	1,71	0,35	0,04	0,04	0,08
DF	0,00	0,05	0,01	0,08	0,52	1,25	0,70	0,58	2,72	6,48
Média	0,17	0,66	1,55	2,55	3,27	4,06	1,05	0,87	1,62	3,41
Mediana	0,00	0,20	0,94	1,50	1,92	2,89	0,62	0,38	0,56	1,28
DP	0,26	0,95	1,67	2,60	3,48	4,06	1,15	1,10	2,31	5,96

As RS estão representadas pela sigla do Estado ao qual pertence; DP: desvio padrão.

As cores fazem referência à distância do dado em relação a menos dois DP (vermelho), menos um DP (amarelo) e mais um DP (verde).

Fonte: elaborado pelo autor

Tabela 12 - Proporção de atendimentos individuais em saúde mental (incluindo usuários de substâncias, exceto tabaco) em relação ao total de atendimentos executados pelo NASF (em %, por Região de Saúde; período 2014-2023)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
RO	-	-	36,69	33,50	41,70	25,00	9,89	16,62	10,12	10,94
AC	-	16,46	27,80	27,16	21,96	21,42	26,72	27,61	26,94	30,53
AM	13,29	9,26	9,60	17,81	15,18	21,67	17,23	14,45	15,14	8,47
RR	-	19,37	12,88	9,61	13,84	18,20	18,57	15,54	15,93	15,33
PA	6,45	7,21	11,03	12,31	11,87	12,54	16,82	29,42	20,61	13,45
AP	10,08	19,28	37,39	40,03	39,92	45,58	46,34	38,82	33,66	30,57
TO	16,53	26,69	15,39	14,83	12,74	16,41	12,46	10,75	10,17	10,69
MA	100,00	22,45	24,91	26,67	25,61	26,05	18,35	1,13	11,35	26,63
PI	23,33	28,85	23,44	20,59	17,28	19,64	16,57	15,32	13,42	16,26
CE	13,67	18,54	19,41	17,55	18,40	20,74	24,33	23,43	20,18	23,36
RN	27,69	18,90	22,41	26,30	28,28	29,56	25,74	41,90	43,94	47,36
PB	12,75	19,14	18,32	15,95	16,01	17,52	15,74	18,47	16,71	22,33
PE	10,42	36,14	33,59	34,28	33,02	31,71	31,99	33,85	32,77	30,31
AL	-	18,56	19,48	22,86	20,20	22,49	31,20	34,70	34,97	32,82
SE	7,69	18,10	39,38	34,54	36,84	34,42	51,45	25,37	29,50	22,62
BA	40,86	15,28	29,76	28,25	29,07	30,29	29,86	18,98	22,62	23,69
MG	4,48	11,20	14,27	17,22	22,70	23,99	15,11	15,14	18,29	17,51
ES	-	64,15	67,05	76,95	77,36	69,25	60,53	28,10	24,88	30,89
RJ	1,23	19,06	33,63	19,88	14,57	22,54	26,30	25,10	10,86	7,77
SP	-	-	-	34,31	35,92	36,62	25,52	23,25	25,49	24,12
PR	64,52	19,80	12,00	6,26	9,79	11,39	8,23	7,58	13,19	11,38
SC	13,94	15,77	26,52	26,21	29,48	30,83	32,46	33,04	25,44	24,49
RS	100,00	48,61	33,53	32,38	30,72	21,33	14,23	14,21	34,87	23,61
MS	28,67	26,11	26,13	29,79	35,04	23,07	16,55	16,84	16,26	14,10
MT	3,46	51,72	26,29	23,03	28,84	27,42	38,36	45,78	24,81	15,26
GO	12,50	31,05	24,19	18,15	24,37	22,23	24,69	21,17	19,50	19,58
DF	-	-	-	8,90	17,39	16,39	6,94	7,70	14,23	17,27
Média	25,58	24,24	25,35	24,69	25,63	25,90	25,09	22,60	22,14	21,55
Mediana	13,48	19,21	24,55	22,95	23,53	22,52	24,51	22,21	20,40	22,47
DP	29,36	13,69	12,25	13,78	13,62	11,69	12,94	11,10	8,82	8,99

As RS estão representadas pela sigla do Estado ao qual pertence; DP: desvio padrão.

As cores fazem referência à distância do dado em relação a menos dois DP (vermelho), menos um DP (amarelo) e mais um DP (verde). Células em branco referem-se a valores inválidos, que foram desconsiderados.

Fonte: elaborado pelo autor

Tabela 13 - Proporção do número de atividades coletivas executadas pelo NASF cuja temática é relacionada à saúde mental e à dependência química em relação ao total de ações coletivas dos NASF com os usuários (em %, por Região de Saúde; período: 2014-2023)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
RO	0,00	0,00	13,93	5,29	10,98	24,58	77,14	56,00	58,23	46,67
AC	0,00	5,03	14,31	26,15	25,22	26,19	10,68	7,33	17,37	19,57
AM	2,66	4,60	3,72	9,77	8,00	14,59	29,88	24,55	21,44	22,35
RR	0,00	0,00	0,00	8,87	9,66	11,14	40,63	7,75	16,52	23,97
PA	3,03	3,00	5,45	7,45	5,85	10,90	17,08	13,54	6,58	5,77
AP	3,03	6,16	15,87	39,05	70,13	46,37	44,92	35,26	92,22	45,55
TO	4,00	24,71	8,17	8,54	9,99	13,58	20,44	20,03	21,17	19,72
MA	0,00	6,28	15,16	19,40	19,07	19,29	16,64	0,00	0,00	11,11
PI	11,54	12,88	16,10	17,49	16,28	16,63	12,31	16,52	20,28	17,99
CE	3,57	6,62	7,93	9,40	19,31	22,66	16,13	11,87	25,06	16,12
RN	25,00	19,94	15,34	18,50	25,45	26,68	28,45	15,32	8,29	17,58
PB	7,95	9,32	8,38	7,37	9,93	11,61	19,40	10,08	16,83	13,11
PE	9,36	13,01	13,05	15,04	16,75	16,85	15,37	16,07	17,96	21,48
AL	0,00	5,79	8,15	9,77	13,53	11,28	12,81	16,61	17,23	16,77
SE	0,00	5,59	12,61	18,82	20,04	9,49	6,26	2,85	13,58	7,18
BA	14,43	6,70	12,96	8,67	8,23	11,49	7,04	5,41	7,74	15,93
MG	1,82	3,63	3,74	4,07	4,94	5,89	7,41	2,52	6,16	11,32
ES	12,82	6,41	4,64	10,69	5,13	29,57	37,86	6,37	28,05	21,87
RJ	37,50	6,85	7,33	7,60	8,67	8,28	8,51	11,48	13,79	20,73
SP	0,00	0,00	14,32	17,36	20,25	23,57	23,21	11,87	21,86	27,98
PR	0,00	9,75	10,86	21,26	17,10	25,52	47,67	11,74	21,51	17,35
SC	28,22	24,33	22,52	20,81	23,30	20,48	15,79	14,31	21,68	23,60
RS	0,00	32,22	27,84	30,89	22,81	23,15	68,75	57,14	60,00	31,58
MS	22,07	27,86	14,76	19,44	19,24	16,46	13,94	15,68	15,33	15,26
MT	79,85	79,84	25,32	28,55	19,48	20,60	7,79	27,15	18,45	58,67
GO	7,14	6,62	10,75	21,30	13,79	12,55	8,65	3,57	3,72	5,05
DF	0,00	28,57	6,67	16,57	35,44	44,24	36,02	15,15	37,89	39,74
Média	10,54	13,68	11,77	16,26	17,98	19,20	22,06	14,62	21,18	21,05
Mediana	3,30	6,66	11,73	16,97	16,92	16,74	16,38	12,71	17,66	18,78
DP	17,40	16,35	6,64	8,49	12,97	9,98	15,58	11,76	18,62	12,03

As RS estão representadas pela sigla do Estado ao qual pertence; DP: desvio padrão.

As cores fazem referência à distância do dado em relação a menos dois DP (vermelho), menos um DP (amarelo) e mais um DP (verde).

Fonte: elaborado pelo autor

Tabela 14 - Proporção do número de atividades coletivas executadas pelo NASF cujo público alvo são portadores de sofrimento mental e usuários de substâncias (exceto tabaco) em relação ao total de atividades coletivas do NASF com os usuários (em %, por Região de Saúde; período: 2014-2023)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
RO	0,00	0,00	1,23	0,00	0,00	0,00	28,57	40,00	2,53	0,00
AC	0,00	6,29	6,92	8,47	8,12	10,22	2,99	0,67	5,32	2,99
AM	1,33	0,98	1,07	3,63	1,72	3,75	5,41	2,31	0,67	4,25
RR	0,00	0,00	0,00	3,13	2,13	1,28	4,69	2,82	1,45	1,31
PA	0,00	1,44	3,48	1,62	1,70	1,78	3,91	3,10	2,71	1,12
AP	0,00	0,59	2,23	5,92	0,59	0,86	1,98	10,31	53,33	22,31
TO	14,86	19,29	3,75	1,13	1,20	2,44	4,25	2,36	1,62	2,16
MA	0,00	4,48	1,67	1,63	3,04	3,11	1,74	0,00	0,00	2,22
PI	2,76	2,87	4,91	7,13	8,01	9,34	8,29	3,77	6,23	0,85
CE	0,93	4,49	3,68	3,06	6,10	6,08	4,83	3,60	5,30	3,23
RN	21,09	25,25	14,96	16,59	13,81	14,63	27,27	7,80	4,27	8,42
PB	5,25	13,87	11,09	6,28	8,78	9,23	8,63	5,31	9,55	9,11
PE	7,05	8,20	5,06	4,46	4,18	5,59	3,27	3,97	4,70	3,89
AL	0,00	2,32	2,61	2,28	3,23	2,90	1,19	3,24	4,13	2,58
SE	0,00	0,70	4,20	5,72	5,51	8,84	6,26	0,32	3,70	8,61
BA	4,98	1,27	1,95	1,76	1,86	1,91	3,52	3,24	4,79	2,47
MG	0,00	16,33	5,08	3,20	3,56	4,17	5,62	1,82	4,13	6,41
ES	0,00	3,85	0,00	5,35	3,00	13,74	14,40	0,83	12,21	11,65
RJ	31,25	8,41	6,86	10,43	14,20	15,29	9,88	10,99	15,02	30,12
SP	0,00	0,00	8,45	10,34	10,23	12,44	9,16	5,42	6,86	8,13
PR	0,00	5,66	14,44	8,57	9,12	11,62	20,43	27,05	3,93	26,95
SC	23,31	11,11	14,40	11,47	10,85	13,33	18,35	15,27	12,01	17,13
RS	0,00	22,22	16,76	24,39	9,47	10,74	37,50	57,14	60,00	19,55
MS	6,02	5,27	4,37	11,35	11,16	11,82	7,68	4,53	11,88	9,77
MT	6,23	0,00	15,35	7,85	4,21	3,69	1,30	10,60	5,95	11,85
GO	0,00	2,00	5,15	11,83	4,03	3,41	5,00	0,95	0,65	0,84
DF	0,00	57,14	6,67	2,33	5,31	5,23	9,06	2,45	8,45	11,94
Média	4,81	8,62	6,35	6,92	5,97	7,21	8,72	7,30	9,57	8,84
Mediana	0,00	4,49	4,98	5,82	4,76	5,84	5,51	3,42	5,05	7,27
DP	8,42	12,23	5,06	5,36	3,99	4,68	8,60	11,71	14,43	8,25

As RS estão representadas pela sigla do Estado ao qual pertence; DP: desvio padrão.

As cores fazem referência à distância do dado em relação a menos dois DP (vermelho), menos um DP (amarelo) e mais um DP (verde). Fonte: elaborado pelo autor.

Tabela 15 - Razão entre o número de Atendimento Individuais realizados pelos NASF/eMulti e o número de Atividades Coletivas (com usuários e profissionais) desenvolvidas pelos NASF/eMulti (por Região de Saúde; período: 2014-2023)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
RO	-	-	0,49	0,30	0,65	0,42	7,28	121,23	3,60	31,44
AC	50,20	11,92	7,25	10,26	12,00	9,30	28,55	10,06	14,57	18,50
AM	3,87	6,86	6,59	8,22	11,09	7,38	22,50	47,71	40,66	25,05
RR	95,00	6,58	99,36	11,84	13,87	14,66	115,44	73,32	21,86	13,86
PA	10,59	11,99	7,97	6,35	5,86	6,60	9,08	13,26	17,60	8,74
AP	11,12	12,60	13,31	16,44	18,84	16,76	40,00	22,31	17,46	13,95
TO	6,46	6,59	8,60	8,82	8,85	7,39	8,49	17,67	14,05	12,03
MA	2,00	2,25	4,20	2,98	4,40	3,43	6,63	106,62	79,11	128,15
PI	1,79	5,64	8,58	9,23	13,52	10,12	19,10	25,29	40,90	30,24
CE	2,86	7,73	7,76	8,77	8,95	7,79	11,06	13,51	21,21	20,93
RN	1,96	4,77	4,06	3,91	3,50	3,97	6,05	9,09	9,26	9,30
PB	7,52	9,38	9,44	7,52	8,53	10,37	26,83	23,23	27,33	16,45
PE	0,67	2,65	4,44	4,10	4,17	3,67	3,05	3,37	4,18	4,79
AL	-	4,38	4,88	2,80	2,62	3,30	2,57	4,62	6,78	6,91
SE	1,44	6,26	8,93	4,72	6,14	4,54	6,24	4,55	7,88	7,39
BA	2,38	3,35	1,80	2,05	2,49	3,32	5,15	4,78	6,82	7,77
MG	10,78	9,32	4,08	3,29	4,81	4,59	12,17	16,80	10,44	9,28
ES	-	4,31	2,22	1,86	0,41	0,82	1,17	9,99	11,25	7,60
RJ	5,06	3,17	1,46	3,04	6,43	3,17	4,83	6,05	15,10	18,25
SP	-	-	-	3,96	6,49	5,21	16,58	19,01	7,18	2,16
PR	5,17	1,46	6,65	16,53	12,99	10,48	86,71	263,54	67,85	24,01
SC	13,53	9,73	8,71	7,15	9,97	9,99	15,91	30,85	16,60	20,72
RS	4,67	1,20	4,53	7,57	8,28	9,20	12,79	305,71	125,42	47,18
MS	4,80	6,47	5,49	4,75	4,44	6,34	9,14	9,12	7,23	6,94
MT	1,35	1,20	1,80	1,05	2,00	2,24	7,09	6,96	8,73	8,93
GO	4,39	3,60	4,62	9,42	8,79	11,93	42,96	112,83	74,61	39,37
DF	-	-	6,10	1,85	3,91	4,00	12,91	9,77	6,61	5,07
Média	11,26	5,97	9,71	6,48	7,44	6,94	20,50	45,00	26,18	19,75
Mediana	4,73	5,95	6,10	5,55	6,46	6,47	11,61	15,16	14,83	12,94
DP	21,33	3,46	18,89	4,20	4,40	3,96	26,36	76,57	29,38	24,63

As RS estão representadas pela sigla do Estado ao qual pertence; DP: desvio padrão.

As cores fazem referência à distância do dado em relação a menos dois DP (vermelho), menos um DP (amarelo) e mais um DP (verde). Células em branco referem-se a valores inválidos, que foram desconsiderados.

Fonte: elaborado pelo autor

Tabela 16 - Razão entre o número de Atendimento Individuais realizados pelos NASF/eMulti e o número de Atividades Coletivas com usuários, somente, desenvolvidas pelos NASF/eMulti (por Região de Saúde; período: 2014-2023)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
RO	-	-	2,08	1,16	1,58	1,59	33,79	126,08	8,38	85,93
AC	50,20	14,02	12,80	20,46	19,02	13,48	31,72	10,37	16,36	19,86
AM	4,24	7,32	7,27	10,36	14,83	10,41	33,51	60,76	58,50	30,60
RR	95,00	6,58	104,78	16,87	18,23	18,29	200,22	85,19	27,19	17,16
PA	23,65	17,45	10,67	10,29	9,24	10,50	18,71	21,27	18,45	8,95
AP	12,02	17,00	14,47	18,74	20,15	17,83	42,60	24,49	18,23	14,41
TO	6,50	9,02	20,79	15,18	12,52	12,01	28,93	34,45	30,11	20,79
MA	2,00	5,13	7,44	4,33	5,62	4,52	8,35	106,62	79,11	136,69
PI	2,75	8,74	12,39	13,03	16,80	12,91	22,96	28,44	45,39	34,03
CE	2,96	8,53	9,80	11,34	11,58	10,01	15,52	18,57	26,77	25,21
RN	6,23	9,70	7,82	7,06	5,28	5,66	24,96	22,48	23,47	16,82
PB	12,22	13,73	13,79	10,90	12,17	15,10	43,43	36,40	41,50	23,47
PE	1,24	5,70	9,38	9,69	9,79	9,03	9,68	10,78	12,81	11,46
AL	-	5,14	7,23	4,96	4,23	5,09	5,02	8,12	10,17	10,04
SE	4,33	10,24	18,01	7,68	9,50	5,66	7,42	5,92	9,14	7,87
BA	2,97	6,19	4,44	3,96	4,31	5,50	8,86	7,90	10,70	11,64
MG	11,36	12,42	4,60	3,93	5,91	5,59	18,07	25,18	13,12	11,80
ES	-	6,29	3,80	2,68	0,54	1,16	2,81	25,21	15,77	8,85
RJ	5,06	3,24	1,85	4,02	8,42	3,83	6,24	7,65	21,38	26,47
SP	-	-	-	4,50	7,35	5,87	21,25	21,92	7,70	2,21
PR	-	1,94	7,54	19,23	14,44	11,84	99,53	324,50	75,51	25,08
SC	40,09	12,13	11,41	8,97	13,41	13,23	24,08	43,39	19,69	22,63
RS	14,00	5,60	21,58	45,17	38,69	23,67	119,06	305,71	130,44	71,65
MS	6,90	9,03	6,63	5,91	5,91	7,83	17,11	15,67	10,48	9,42
MT	1,48	1,40	2,34	1,51	3,01	3,37	9,26	11,85	13,24	13,96
GO	6,03	3,85	7,84	13,77	12,36	14,33	47,66	113,64	74,85	39,80
DF	-	-	24,80	3,99	6,60	6,83	38,06	19,28	11,27	7,96
Média	14,82	8,35	14,14	10,71	11,15	9,75	34,81	53,68	31,59	24,19
Mediana	6,23	7,93	9,38	9,33	9,65	9,52	22,10	23,49	19,07	16,99
DP	22,34	4,37	19,80	8,91	7,65	5,38	43,31	82,25	29,59	26,84

As RS estão representadas pela sigla do Estado ao qual pertence; DP: desvio padrão.

As cores fazem referência à distância do dado em relação a menos dois DP (vermelho), menos um DP (amarelo) e mais um DP (verde). Células em branco referem-se a valores inválidos ou ausentes que foram desconsiderados.

Fonte: elaborado pelo autor

Tabela 17 - Razão entre o número de atividades coletivas de Discussão de Caso/PTS desenvolvidas pelo NASF e o número de equipes NASF (por Região de Saúde; período: 2014-2023)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
RO	0,00	0,00	308,00	395,00	52,00	35,00	18,67	0,00	2,00	0,00
AC	0,00	0,56	14,78	7,60	6,64	11,09	1,00	0,00	0,67	0,36
AM	0,72	1,28	3,94	6,72	11,30	26,71	4,81	1,81	3,95	6,38
RR	0,00	0,00	0,00	0,56	1,22	1,90	1,50	0,00	1,60	2,67
PA	1,85	3,35	4,06	7,55	6,92	12,40	4,21	1,48	0,17	0,04
AP	0,00	0,00	0,13	1,00	0,40	0,80	0,09	0,00	0,00	0,18
TO	0,00	4,50	32,18	29,12	18,29	35,70	55,92	19,69	30,27	23,67
MA	0,00	19,40	16,83	31,00	23,20	25,50	8,33	0,00	0,00	0,17
PI	0,91	3,76	9,36	8,53	7,36	9,51	2,03	0,60	0,26	0,24
CE	0,03	0,53	3,97	2,77	4,75	5,89	3,89	3,66	3,09	2,30
RN	3,00	9,00	18,33	16,53	20,67	17,00	14,93	7,47	6,27	5,40
PB	0,65	2,96	2,74	2,93	7,11	8,31	4,76	5,87	7,59	10,09
PE	12,02	30,32	32,75	53,24	107,70	131,17	86,18	90,94	87,03	57,59
AL	0,00	0,20	3,06	14,90	22,91	24,59	14,22	35,58	21,68	12,30
SE	0,30	1,70	4,00	18,00	12,93	11,33	1,67	6,00	2,75	4,41
BA	4,47	20,58	36,35	36,14	41,38	40,35	11,92	12,88	10,84	7,63
MG	0,04	0,80	16,40	49,11	56,63	62,80	29,48	29,89	32,31	35,54
ES	0,00	4,80	0,70	8,80	22,90	38,89	19,36	36,82	16,84	10,26
RJ	0,00	0,84	39,56	60,37	62,75	46,99	19,42	23,90	19,44	21,98
SP	0,00	0,00	8,96	26,10	33,63	31,12	16,69	12,91	17,78	13,83
PR	0,13	3,23	2,57	4,41	4,55	6,09	0,18	0,50	0,13	0,78
SC	4,57	2,25	13,18	16,55	22,86	26,19	19,08	4,56	3,50	2,46
RS	0,50	18,33	60,27	48,25	50,23	22,23	6,46	0,00	0,13	2,28
MS	2,83	8,34	8,76	19,00	35,86	20,71	16,87	37,37	20,90	30,61
MT	0,00	1,00	2,67	44,40	37,33	32,43	0,57	0,86	1,63	1,57
GO	0,43	1,07	16,63	10,59	16,09	13,68	0,40	0,04	0,00	0,03
DF	0,00	0,00	0,00	32,56	25,57	39,69	25,89	43,53	45,13	55,11
Média	1,25	5,34	13,55	21,41	25,43	27,04	14,23	14,47	12,84	11,84
Mediana	0,08	1,98	8,86	16,54	21,76	23,41	7,40	5,22	3,73	4,91
DP	2,59	7,92	15,17	17,93	23,91	26,12	19,27	21,06	19,42	16,34

As RS estão representadas pela sigla do Estado ao qual pertence; DP: desvio padrão.

As cores fazem referência à distância do dado em relação aos seguintes parâmetros: 0 (vermelho); 12, indicando, na média, uma ação a cada mês (amarelo); e 24, duas ações por mês (verde).

Fonte: elaborado pelo autor

Tabela 18 - Razão entre o número de atividades coletivas de Educação Permanente em Saúde desenvolvidas pelo NASF e o número de equipes NASF (por Região de Saúde; período: 2014-2023)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
RO	0,00	0,00	322,00	212,00	52,00	34,50	41,67	0,00	18,25	4,00
AC	0,00	0,00	4,56	1,30	2,00	4,55	2,57	0,00	1,67	0,09
AM	0,67	1,44	3,22	8,56	9,35	12,92	8,38	2,43	2,52	1,64
RR	0,00	0,00	0,14	5,00	2,33	4,60	2,00	0,10	0,50	1,00
PA	0,69	2,24	3,75	8,41	10,52	10,92	20,79	1,04	0,09	0,19
AP	0,00	0,20	1,25	2,00	0,10	0,20	0,82	0,09	0,00	0,04
TO	0,10	1,40	6,36	6,08	6,46	13,56	40,00	9,08	12,96	9,56
MA	0,00	3,20	8,28	17,20	15,25	22,25	54,67	0,00	0,00	0,00
PI	1,82	2,94	5,55	5,45	2,41	4,87	6,21	0,63	0,60	0,16
CE	0,03	0,35	3,53	4,29	7,25	8,38	12,19	3,73	1,82	2,32
RN	6,50	9,64	13,53	22,07	22,93	23,13	32,87	4,73	11,80	5,00
PB	1,31	4,06	4,81	4,87	5,22	5,65	6,53	0,94	0,87	0,84
PE	4,32	12,93	19,12	29,64	59,69	66,78	70,55	38,95	37,70	23,76
AL	0,00	0,13	7,00	34,29	28,64	19,91	38,26	38,11	13,16	12,74
SE	0,00	1,90	3,44	7,08	3,87	1,20	2,33	1,45	0,08	0,06
BA	1,65	10,79	19,90	25,05	19,50	26,15	15,35	7,27	6,92	4,98
MG	0,00	0,17	6,00	5,64	4,97	4,97	11,33	2,77	2,31	2,07
ES	0,00	0,40	0,50	0,50	1,70	4,89	9,91	8,00	3,63	1,68
RJ	0,00	0,20	6,49	12,90	16,21	13,07	17,96	6,62	4,09	3,44
SP	0,00	0,00	4,14	2,26	3,92	3,29	6,38	1,43	3,05	2,18
PR	0,31	2,74	1,76	1,66	0,66	1,26	1,00	0,11	0,00	0,19
SC	0,50	1,72	5,71	3,82	5,07	6,38	11,90	0,48	0,52	0,30
RS	0,25	8,67	41,91	18,08	17,15	7,31	6,23	0,00	0,00	0,22
MS	2,00	1,90	2,66	4,44	18,03	6,84	15,03	15,77	6,40	11,65
MT	3,00	3,50	5,67	34,40	28,67	24,57	1,43	1,57	1,75	1,43
GO	0,30	0,67	12,70	8,21	9,62	5,15	1,70	0,04	0,08	0,40
DF	0,00	0,00	0,00	4,56	8,54	12,10	24,86	11,83	14,56	15,81
Média	0,90	2,74	7,38	10,68	11,93	12,11	16,20	6,05	4,89	3,91
Mediana	0,18	1,58	5,18	5,86	7,90	7,07	10,62	1,51	1,78	1,53
DP	1,57	3,64	8,71	10,33	12,83	13,48	17,76	10,41	8,11	5,97

As RS estão representadas pela sigla do Estado ao qual pertence; DP: desvio padrão.

As cores fazem referência à distância do dado em relação aos seguintes parâmetros: 0 (vermelho); 6, indicando, na média, uma ação a cada dois meses (amarelo); e 12, uma ação por mês (verde).

Fonte: elaborado pelo autor

Tabela 19 - Proporção do nº atividades coletivas realizadas entre profissionais (reuniões de equipe, com outras equipes ou intersetorais) e o total de atendimentos individuais e ações coletivas realizadas pelos NASF/eMulti (em %, por RS; período: 2014-2023)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
RO	0,00	0,00	51,33	57,35	35,91	52,04	9,48	0,03	12,41	1,95
AC	0,00	1,16	5,25	4,43	2,84	3,01	0,34	0,27	0,70	0,35
AM	1,79	0,81	1,23	2,25	2,08	3,47	1,40	0,44	0,73	0,70
RR	0,00	0,00	0,05	2,32	1,61	1,26	0,36	0,19	0,86	1,29
PA	4,76	2,41	2,82	5,22	5,33	4,88	5,11	2,64	0,25	0,25
AP	0,62	1,90	0,56	0,70	0,33	0,34	0,15	0,38	0,23	0,21
TO	0,08	3,56	6,10	4,26	2,97	4,58	7,44	2,61	3,55	3,23
MA	0,00	17,34	8,38	7,84	4,02	5,45	2,71	0,00	0,00	0,05
PI	12,45	5,35	3,21	2,85	1,34	1,95	0,84	0,42	0,24	0,36
CE	0,85	1,08	2,38	2,31	2,28	2,53	2,38	1,88	0,94	0,78
RN	23,22	8,79	9,51	9,09	7,50	6,04	10,76	5,90	5,90	4,34
PB	4,51	3,05	3,02	3,63	3,13	2,75	1,37	1,49	1,20	1,71
PE	27,30	14,68	9,69	11,32	11,11	12,71	16,93	15,70	12,99	10,04
AL	12,50	2,75	5,52	11,45	10,51	8,20	13,71	7,65	4,29	3,95
SE	27,27	5,36	5,08	6,73	4,95	3,57	2,18	4,16	1,56	0,73
BA	5,87	10,54	21,24	15,84	12,10	9,15	6,80	6,84	4,63	3,79
MG	0,44	2,42	2,23	3,80	3,23	3,20	2,48	1,87	1,78	2,07
ES	25,00	5,95	12,88	10,79	18,00	15,87	26,89	5,49	2,34	1,65
RJ	0,00	0,50	8,49	6,05	3,18	4,13	3,87	2,97	1,83	1,61
SP	0,00	0,00	13,45	2,43	1,57	1,83	1,25	0,66	0,82	0,69
PR	16,22	10,15	1,55	0,80	0,72	1,00	0,15	0,07	0,15	0,17
SC	4,56	1,84	2,44	2,48	2,34	2,23	2,01	0,91	0,89	0,39
RS	11,76	35,78	14,29	9,71	8,47	6,00	6,48	0,00	0,03	0,71
MS	5,24	3,81	2,64	3,41	4,56	2,59	4,59	4,13	3,77	3,32
MT	3,97	6,73	8,17	14,87	11,14	10,34	2,89	5,18	3,51	3,63
GO	5,04	1,41	7,30	3,03	2,95	1,30	0,22	0,01	0,00	0,03
DF	0,00	0,00	10,62	18,84	8,29	8,31	4,75	4,58	5,43	5,99
Média	7,44	5,67	6,47	6,40	5,25	4,87	4,93	2,94	2,25	2,00
Mediana	4,54	2,90	5,38	4,35	3,20	3,52	2,59	1,87	1,07	1,03
DP	9,16	7,64	5,10	4,93	4,36	3,84	6,18	3,51	2,83	2,31

As RS estão representadas pela sigla do Estado ao qual pertence; DP: desvio padrão.

As cores fazem referência à distância do dado em relação aos seguintes parâmetros, definidos arbitrariamente: 0 (vermelho); 10% (amarelo); e 20% (verde).

Fonte: elaborado pelo autor

Tabela 20 - Proporção do nº atividades coletivas especificamente realizadas com outras equipes e o total de atendimentos individuais e ações coletivas realizadas pelos NASF/eMulti (em %, por Região de Saúde; período: 2014-2023)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
RO	0,00	0,00	17,37	20,98	13,33	17,40	2,42	0,03	0,24	0,08
AC	0,00	0,12	1,26	1,94	1,89	1,94	0,25	0,08	0,18	0,09
AM	0,75	0,33	0,65	0,85	1,07	1,52	0,68	0,16	0,48	0,23
RR	0,00	0,00	0,00	0,81	0,66	0,56	0,04	0,01	0,17	0,18
PA	0,90	0,84	0,67	1,31	1,84	1,94	1,72	0,84	0,05	0,05
AP	0,08	0,10	0,14	0,26	0,05	0,07	0,04	0,04	0,02	0,00
TO	0,00	0,41	2,51	1,81	1,09	1,61	3,14	0,78	0,89	0,88
MA	0,00	7,19	2,90	3,23	1,92	2,81	1,21	0,00	0,00	0,02
PI	2,86	1,66	1,14	1,04	0,51	0,67	0,23	0,11	0,05	0,02
CE	0,31	0,43	0,72	0,60	0,77	0,85	0,72	0,56	0,24	0,23
RN	8,04	3,09	3,31	3,45	3,23	3,02	6,17	3,13	4,77	2,84
PB	0,49	0,38	0,29	0,66	0,70	0,64	0,43	0,22	0,26	0,29
PE	10,88	5,87	4,28	5,35	5,09	5,61	6,96	6,99	6,29	4,51
AL	3,57	1,28	2,26	4,72	4,89	3,89	6,56	3,97	2,12	1,78
SE	27,27	0,94	1,51	2,17	1,68	1,04	0,32	0,72	0,84	0,47
BA	1,51	4,53	7,95	5,63	4,57	3,76	2,50	3,26	2,06	1,75
MG	0,29	0,42	0,70	2,21	1,99	2,01	1,63	1,27	1,23	1,40
ES	3,85	2,48	4,50	4,39	4,25	7,08	11,83	2,66	0,93	0,49
RJ	0,00	0,19	3,66	3,32	1,81	2,04	1,73	1,13	0,87	0,87
SP	0,00	0,00	1,61	0,53	0,51	0,64	0,46	0,24	0,25	0,23
PR	6,76	4,75	0,60	0,26	0,27	0,34	0,04	0,03	0,01	0,07
SC	2,57	0,55	0,51	0,81	1,06	1,30	1,14	0,59	0,50	0,18
RS	0,00	21,51	6,93	3,62	2,89	2,25	3,60	0,00	0,03	0,04
MS	2,06	1,47	1,00	1,63	2,23	1,45	2,91	2,77	2,60	2,29
MT	1,27	3,44	4,86	6,60	3,54	3,42	0,55	1,76	1,05	0,91
GO	0,96	0,16	3,60	1,32	1,07	0,62	0,08	0,00	0,00	0,00
DF	0,00	0,00	7,39	12,12	4,74	4,14	2,12	1,62	2,51	3,09
Média	2,86	2,39	2,50	2,72	2,09	2,12	2,19	1,27	1,09	0,88
Mediana	0,82	0,69	1,56	1,87	1,83	1,78	1,18	0,66	0,49	0,26
DP	5,70	4,38	2,32	2,64	1,57	1,71	2,82	1,67	1,54	1,17

As RS estão representadas pela sigla do Estado ao qual pertence; DP: desvio padrão.

As cores fazem referência à distância do dado em relação aos seguintes parâmetros, definidos arbitrariamente: 0 (vermelho); 10% (amarelo); e 20% (verde).

Fonte: elaborado pelo autor

Tabela 21 - Razão entre o número de ações de matriciamento de equipes de atenção básica pelos CAPS, em relação ao número de equipes de eSF/eAB (por Região de Saúde; período: 2014-2023)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
RO	0,00	0,00	0,00	1,53	1,13	0,80	0,54	0,24	0,44	0,49
AC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,23	0,03	0,05	0,54	0,61	0,21
AM	0,44	0,00	0,00	0,26	0,53	1,17	0,85	0,75	0,64	0,84
RR	0,00	0,28	0,74	4,54	2,64	0,75	0,45	0,66	0,08	1,32
PA	7,03	14,06	4,77	6,45	2,21	6,07	5,80	4,66	5,43	6,85
AP	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TO	0,18	1,53	1,52	1,73	2,08	0,35	0,17	0,70	0,60	0,98
MA	0,08	0,15	0,65	0,38	2,01	2,93	0,20	3,59	1,82	0,07
PI	5,45	3,52	2,34	2,09	4,85	6,43	1,99	2,03	5,82	3,16
CE	0,08	0,17	0,17	0,48	1,24	1,16	0,76	0,96	1,03	1,06
RN	1,15	0,90	0,33	2,31	3,84	4,97	0,83	0,58	0,49	0,43
PB	0,36	0,13	0,14	1,59	1,23	4,11	1,39	0,57	0,50	0,44
PE	1,35	4,12	3,67	4,02	5,43	4,16	2,72	3,37	3,29	3,39
AL	0,00	0,00	0,00	1,16	1,35	1,87	1,55	1,81	2,09	1,54
SE	0,40	1,25	0,41	1,16	2,39	5,03	2,79	2,41	2,52	1,55
BA	0,22	0,12	0,26	0,19	0,54	0,60	1,07	1,77	1,49	1,51
MG	0,00	0,66	0,51	1,67	2,74	4,30	2,27	3,44	2,52	2,33
ES	2,21	2,39	1,76	2,30	1,99	3,64	1,72	2,18	2,25	2,51
RJ	0,15	0,71	0,95	1,72	4,44	5,75	7,46	9,40	9,51	7,35
SP	7,13	9,30	7,84	7,82	7,35	7,91	7,14	10,41	8,12	8,47
PR	7,34	3,37	1,73	2,45	3,57	4,76	2,34	1,88	2,05	1,88
SC	0,14	0,00	0,10	0,24	0,51	0,40	0,16	0,42	0,66	0,77
RS	1,88	4,49	1,34	3,44	5,84	9,47	4,68	5,02	3,77	4,79
MS	0,24	0,46	0,95	1,02	2,72	2,15	1,39	1,81	1,72	2,08
MT	0,02	1,70	0,50	2,38	1,81	5,19	2,52	2,59	2,30	1,74
GO	0,22	0,26	0,56	0,38	1,18	0,86	0,31	0,20	0,42	0,72
DF	6,00	0,00	0,00	0,03	2,37	1,20	1,15	1,96	1,37	3,15
Média	1,56	1,84	1,16	1,90	2,45	3,19	1,94	2,37	2,28	2,21
Mediana	0,22	0,46	0,51	1,59	2,08	2,93	1,39	1,81	1,72	1,54
DP	2,53	3,22	1,77	1,95	1,84	2,62	2,07	2,56	2,40	2,25

As RS estão representadas pela sigla do Estado ao qual pertence; DP: desvio padrão.

As cores fazem referência à distância do dado em relação aos seguintes parâmetros, definidos arbitrariamente: 0 (vermelho); 6, indicando um matriciamento por equipe a cada 2 meses (amarelo); e 12, um matriciamento por mês, por equipe (verde). Fonte: elaborado pelo autor.

Tabela 22 - Razão de Atendimentos Individuais em Saúde Mental (incluindo usuários de substâncias, exceto tabaco) executados por eSF, por cada 1.000 habitantes adscritos à AB (por Região de Saúde; período: 2014-2023)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
RO	21,06	21,14	33,27	22,79	23,38	27,58	43,25	45,86	47,61	49,08
AC	2,73	8,82	27,42	30,88	40,48	40,74	39,83	58,49	69,02	86,17
AM	14,48	14,17	29,58	20,59	26,14	30,86	27,09	37,33	32,48	32,43
RR	1,35	4,63	5,13	8,76	9,86	14,93	8,22	13,86	14,10	14,62
PA	20,68	19,25	17,51	20,73	26,49	26,67	31,15	49,76	60,18	71,32
AP	0,54	4,08	10,08	10,81	11,29	15,33	12,76	47,03	66,61	91,55
TO	25,63	23,87	41,68	32,48	39,95	38,03	32,75	37,32	45,56	53,39
MA	4,35	16,12	19,63	26,79	35,22	45,60	42,40	42,67	45,58	53,23
PI	20,63	28,09	29,71	39,07	48,38	55,14	48,98	56,88	51,90	53,59
CE	49,17	56,93	52,81	76,13	106,02	100,05	118,01	91,13	204,63	258,47
RN	44,80	56,38	54,13	83,20	116,42	118,04	117,81	113,31	104,37	102,68
PB	71,70	70,69	94,93	112,25	137,59	106,26	139,08	172,17	113,78	101,41
PE	63,29	77,04	47,76	64,97	74,88	83,41	73,40	80,99	86,94	82,48
AL	45,91	52,27	65,93	97,39	127,00	153,31	147,61	138,86	111,40	109,51
SE	33,21	35,81	31,74	42,97	57,70	57,51	77,95	74,17	84,64	93,73
BA	8,64	12,76	11,48	15,78	25,19	20,97	20,93	22,47	39,02	42,72
MG	39,37	52,04	46,53	53,41	60,19	64,77	55,93	43,87	47,38	54,52
ES	39,45	46,85	48,05	56,93	74,48	66,21	84,76	82,03	78,28	81,87
RJ	1,60	21,28	84,11	104,98	130,38	102,75	42,88	28,62	87,06	131,30
SP	30,78	49,70	0,01	73,23	125,33	93,06	78,44	71,80	77,51	84,16
PR	313,35	117,01	55,91	69,37	71,83	61,79	48,37	41,68	65,85	81,36
SC	93,73	88,73	95,81	101,27	122,70	111,64	97,32	117,09	97,37	107,46
RS	71,08	66,35	82,48	86,28	113,40	104,22	86,92	90,07	111,24	141,48
MS	54,68	48,59	54,65	62,79	79,84	73,44	54,15	60,87	66,05	70,86
MT	18,68	21,16	25,05	39,59	58,51	60,33	52,10	44,69	47,19	59,28
GO	40,59	41,00	28,18	44,80	57,13	67,78	48,36	59,00	69,37	76,21
DF	33,72	36,44	0,00	3,06	31,16	54,39	44,77	55,83	58,39	73,63
Média	43,16	40,42	40,50	51,90	67,81	66,47	62,04	65,85	73,46	83,65
Mediana	33,21	36,44	33,27	44,80	58,51	61,79	48,98	56,88	66,61	81,36
DP	59,15	27,59	27,35	32,06	40,77	35,50	36,81	36,32	36,59	45,23

As RS estão representadas pela sigla do Estado ao qual pertence; DP: desvio padrão.

As cores fazem referência à distância do dado em relação a menos dois DP (vermelho), menos um DP (amarelo) e mais um DP (verde).

Fonte: elaborado pelo autor

Tabela 23 - Razão de visitas domiciliares realizadas pelos ACSs para usuários com sofrimento ou transtorno mental (incluindo usuários de substâncias, exceto tabaco) por cada 1.000 habitantes adscritos a uma eSF (ou cobertos pela AB, após 2017) (por Região de Saúde; período: 2014-2023)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
RO	0,00	12,35	78,30	51,70	35,48	31,62	28,07	37,08	52,31	74,34
AC	0,10	6,24	19,75	19,65	23,18	23,43	20,04	28,38	45,48	45,93
AM	2,02	8,01	18,72	24,47	27,59	22,62	23,19	27,70	34,51	35,12
RR	0,03	0,42	1,86	12,99	14,54	22,48	15,98	28,08	35,35	30,78
PA	0,97	6,31	18,92	24,82	20,41	21,12	34,39	40,64	59,31	30,77
AP	1,06	5,65	10,30	24,84	10,59	19,29	20,13	70,54	139,84	109,48
TO	3,45	5,06	18,38	24,57	46,96	37,19	27,57	40,16	79,19	93,93
MA	2,46	6,77	11,93	14,39	12,47	15,42	28,12	160,00	251,64	252,53
PI	5,32	7,31	16,74	29,72	39,23	40,84	36,44	57,21	90,41	107,98
CE	0,42	5,23	16,81	36,54	57,93	48,33	43,25	44,34	131,63	154,57
RN	2,34	7,90	20,52	41,51	41,19	44,57	49,18	59,82	81,54	73,49
PB	8,30	26,85	34,72	40,28	55,95	52,76	57,61	60,60	94,71	111,03
PE	0,77	15,53	9,17	81,59	97,24	104,97	77,85	60,36	126,71	98,43
AL	0,00	4,29	4,73	92,66	167,19	223,80	181,42	196,73	181,95	121,00
SE	0,27	2,50	5,76	14,00	17,70	19,61	29,10	40,06	53,62	51,13
BA	0,25	3,10	10,33	18,11	36,83	104,78	77,20	70,62	101,43	117,01
MG	0,40	7,77	94,56	72,80	60,58	90,37	110,24	135,07	193,29	212,89
ES	4,12	20,28	48,26	51,39	42,87	38,37	37,10	48,37	71,88	92,48
RJ	1,07	2,74	7,44	7,94	7,83	10,98	11,04	13,78	12,02	12,46
SP	0,00	0,00	33,37	0,06	0,00	0,01	3,82	32,50	48,91	62,95
PR	1,36	11,57	51,07	54,76	47,14	46,26	28,57	24,72	36,11	41,72
SC	4,83	11,89	41,02	47,12	60,29	49,50	51,89	62,52	62,09	57,93
RS	0,52	18,16	31,99	43,81	40,31	33,94	11,58	11,02	26,16	43,49
MS	17,06	32,73	44,99	90,30	221,95	128,05	84,30	97,84	123,09	116,12
MT	1,28	7,61	58,11	69,88	64,92	62,62	56,76	54,33	60,62	41,52
GO	0,85	3,80	18,03	28,94	23,10	23,77	70,60	118,44	152,15	134,36
DF	0,00	0,00	0,00	0,59	4,08	5,11	3,53	2,87	8,19	11,02
Média	2,19	8,89	26,88	37,76	47,32	48,96	45,15	60,14	87,19	86,46
Mediana	0,97	6,77	18,72	29,72	39,23	37,19	34,39	48,37	71,88	74,34
DP	3,59	7,92	23,39	26,11	48,47	47,21	37,95	45,73	59,18	57,44

As RS estão representadas pela sigla do Estado ao qual pertence; DP: desvio padrão.

As cores fazem referência à distância do dado em relação a menos dois DP (vermelho), menos um DP (amarelo) e mais um DP (verde).

Fonte: elaborado pelo autor.

Tabela 24 - Razão do número de atividades coletivas executadas pelas eSF cuja temática é relacionada à saúde mental e à dependência química e cada 10.000 pessoas adscritas à ESF (por Região de Saúde; período: 2014-2023)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
RO	0,00	1,25	6,26	9,91	7,93	17,22	6,95	55,97	17,25	37,70
AC	0,14	1,26	5,60	10,20	13,94	9,54	1,58	1,47	3,24	7,10
AM	1,46	3,56	8,74	8,45	12,47	10,25	5,20	7,36	15,02	23,45
RR	0,00	0,00	0,46	4,28	3,54	7,38	3,00	1,92	2,10	5,04
PA	0,54	1,02	1,54	1,70	3,00	3,45	1,87	1,38	2,41	3,31
AP	0,81	1,32	14,53	22,45	10,36	6,72	0,75	9,15	5,58	6,75
TO	1,53	4,39	3,01	6,57	4,84	4,91	1,10	1,90	3,17	8,56
MA	0,32	0,49	2,40	5,87	6,93	8,43	1,42	5,24	3,66	4,19
PI	1,25	1,64	2,44	5,06	7,14	8,20	1,81	2,00	5,08	9,83
CE	0,38	0,75	1,83	4,06	17,45	15,28	3,45	1,75	6,23	9,42
RN	1,97	8,37	6,02	5,74	8,16	11,96	2,49	2,93	4,88	6,62
PB	2,03	3,62	4,88	4,69	7,05	5,68	1,36	1,56	2,25	4,19
PE	0,26	1,56	2,94	4,38	9,93	11,53	3,07	3,68	6,56	7,19
AL	0,07	0,85	4,46	8,34	13,19	16,28	4,52	4,16	5,19	5,37
SE	0,30	0,81	1,10	4,89	3,10	5,43	2,01	1,59	1,98	1,15
BA	0,40	1,98	2,11	4,37	6,14	6,09	1,49	2,57	6,32	6,34
MG	0,13	0,29	2,87	2,00	3,89	6,28	3,94	3,85	7,88	5,99
ES	0,63	2,69	2,79	4,71	7,10	7,15	3,99	3,96	5,17	7,91
RJ	0,22	3,65	10,39	10,07	12,02	9,60	1,71	1,36	5,21	13,84
SP	0,00	0,00	5,32	8,58	9,11	9,02	2,83	0,53	3,37	7,35
PR	0,15	1,12	10,71	3,33	5,07	7,23	0,95	0,50	2,72	4,51
SC	0,79	1,95	11,84	17,03	18,22	8,44	0,89	1,57	2,56	4,87
RS	1,62	8,11	16,01	24,86	21,46	27,99	4,28	5,99	12,16	27,58
MS	1,16	1,50	2,61	6,54	9,82	8,93	4,48	5,45	9,07	10,89
MT	0,11	0,99	5,09	22,46	13,26	12,96	2,75	1,17	3,68	4,64
GO	0,99	0,87	1,27	6,00	7,14	6,51	0,49	1,21	1,91	3,41
DF	0,00	0,00	0,45	5,41	15,02	23,56	6,18	8,00	13,51	21,88
Média	0,64	2,00	5,10	8,22	9,53	10,22	2,76	5,12	5,86	9,60
Mediana	0,38	1,26	3,01	5,87	8,16	8,44	2,49	2,00	5,08	6,75
DP	0,64	2,14	4,27	6,24	4,86	5,66	1,71	10,43	4,16	8,45

As RS estão representadas pela sigla do Estado ao qual pertence; DP: desvio padrão.

As cores fazem referência à distância do dado em relação a menos dois DP (vermelho), menos um DP (amarelo) e mais um DP (verde).

Fonte: elaborado pelo autor.

Tabela 25 - Razão do número de atividades coletivas executadas pelas eSF cujo público alvo são portadores de sofrimento mental e usuários de substâncias (exceto tabaco) por cada 10.000 pessoas adscritas à ESF (por Região de Saúde; período: 2014-2023)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
RO	0,00	0,60	4,67	8,32	3,75	4,22	1,30	3,39	1,82	3,44
AC	0,00	0,61	4,11	3,07	4,77	5,22	1,11	1,15	0,90	1,44
AM	0,33	1,34	3,64	2,81	5,16	6,11	2,00	4,96	7,73	7,33
RR	0,00	0,00	0,29	0,73	1,37	3,61	1,68	5,41	1,37	2,81
PA	0,07	0,48	1,13	1,08	0,62	0,77	0,32	0,97	0,67	3,89
AP	0,15	0,34	1,04	2,23	2,70	1,79	1,69	2,24	1,93	2,66
TO	0,10	0,43	3,13	7,41	3,22	3,17	0,96	4,72	0,64	1,03
MA	0,11	6,88	4,62	64,15	0,87	0,83	0,63	0,86	1,76	0,91
PI	0,82	0,30	0,92	1,67	2,03	2,25	0,97	1,31	2,52	2,71
CE	0,02	0,13	1,04	1,08	1,60	0,97	0,23	0,18	1,41	2,80
RN	1,51	12,13	6,86	4,62	11,17	5,06	1,30	1,68	3,58	4,75
PB	0,49	2,14	3,53	3,63	4,68	3,27	1,24	1,23	1,53	4,00
PE	0,24	1,56	3,07	5,89	10,95	9,31	3,29	2,01	3,76	4,16
AL	0,00	0,37	4,33	3,55	5,92	10,99	4,44	5,64	5,96	4,69
SE	0,00	0,30	0,76	2,86	1,17	2,59	0,79	0,24	0,65	0,49
BA	0,50	1,74	1,50	4,13	4,49	4,44	1,58	3,63	7,12	4,19
MG	0,02	0,19	3,32	3,54	7,78	12,18	10,23	11,61	20,59	16,87
ES	0,48	0,92	1,35	2,63	5,03	3,47	3,09	2,34	1,90	2,99
RJ	0,06	0,70	2,85	4,14	3,95	5,92	1,77	1,04	2,41	5,67
SP	0,00	0,00	4,64	6,83	5,93	6,32	1,34	0,48	1,61	3,43
PR	0,00	0,46	1,09	1,76	2,07	3,39	1,71	0,38	1,12	1,16
SC	0,12	0,92	10,46	16,47	25,44	12,04	1,94	2,03	2,10	1,07
RS	0,77	4,41	9,83	10,92	9,37	15,60	4,06	3,73	6,82	15,48
MS	1,18	2,27	3,97	6,56	10,62	6,07	1,93	1,51	2,16	4,92
MT	0,00	0,97	2,60	8,65	9,48	6,18	1,89	2,78	3,51	4,05
GO	0,13	0,14	0,21	1,33	2,23	2,23	0,53	0,48	0,68	1,18
DF	0,00	0,00	0,21	2,23	7,62	11,89	5,44	4,66	5,87	8,03
Média	0,26	1,49	3,15	6,75	5,70	5,55	2,13	2,62	3,41	4,30
Mediana	0,10	0,60	3,07	3,55	4,68	4,44	1,68	2,01	1,93	3,44
DP	0,39	2,60	2,64	12,00	5,10	3,97	2,05	2,46	4,03	3,91

As RS estão representadas pela sigla do Estado ao qual pertence; DP: desvio padrão.

As cores fazem referência à distância do dado em relação a menos dois DP (vermelho), menos um DP (amarelo) e mais um DP (verde).

Fonte: elaborado pelo autor.

Tabela 26 - Proporção de visitas domiciliares realizadas pelos ACSs para usuários com sofrimento ou transtorno mental (incluindo usuários de substâncias, exceto tabaco) em relação ao total de visitas domiciliares realizados pelos ACSs na AB (em %, por Região de Saúde; período 2014-2023)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
RO	0,26	2,43	2,48	2,20	2,37	2,89	2,88	2,33	2,36	2,66
AC	1,02	1,09	1,10	1,06	1,52	1,69	2,20	1,74	1,78	1,84
AM	0,47	0,64	0,52	0,84	1,39	1,26	1,58	1,67	1,71	1,58
RR	0,13	0,25	0,33	1,04	1,49	1,64	1,69	1,77	1,74	1,72
PA	1,30	1,18	1,22	1,39	1,70	1,89	3,68	2,83	2,03	1,59
AP	0,44	0,96	1,20	1,23	1,56	1,94	2,77	4,26	6,40	4,36
TO	0,62	0,57	0,96	1,57	2,17	2,04	2,25	1,95	2,10	2,24
MA	0,59	0,58	0,56	0,50	0,66	0,87	2,27	9,33	8,76	7,49
PI	1,28	1,09	1,38	1,83	2,29	2,45	2,83	2,60	2,58	2,40
CE	1,02	1,44	1,32	1,64	2,02	2,06	2,31	2,24	2,81	2,94
RN	1,25	1,92	2,05	2,79	3,40	4,14	5,18	5,56	5,52	5,18
PB	2,21	2,35	2,02	2,42	3,26	3,75	4,50	3,53	4,50	4,72
PE	2,92	4,73	0,63	3,72	3,95	4,07	4,37	4,03	6,38	4,23
AL	0,20	1,69	0,29	3,48	6,54	6,38	6,66	5,09	4,28	3,32
SE	1,13	1,04	1,26	1,57	2,16	2,68	3,14	2,80	2,91	2,95
BA	0,44	0,74	1,07	1,16	1,67	5,42	6,18	5,45	6,58	7,74
MG	2,50	4,64	4,89	4,85	5,28	5,29	5,26	4,97	5,58	5,97
ES	2,79	2,33	2,62	2,70	3,25	3,13	4,26	4,45	4,29	4,29
RJ	1,03	0,38	0,24	0,23	0,39	0,78	1,17	1,23	0,52	0,49
SP	0,00	0,00	0,00	0,64	7,09	1,19	1,16	1,53	1,66	1,77
PR	2,79	3,71	3,45	3,37	3,47	3,68	3,52	3,48	4,25	3,97
SC	3,32	3,01	2,19	2,50	3,44	3,87	4,77	3,94	3,64	3,36
RS	0,83	4,98	4,79	4,77	5,78	5,57	6,21	5,21	5,47	6,39
MS	3,51	3,61	2,30	4,21	9,13	4,84	2,92	2,85	2,99	3,00
MT	4,51	2,33	2,53	2,29	2,52	2,91	3,32	2,90	2,79	2,53
GO	2,38	2,72	2,49	1,91	2,42	2,20	3,70	3,94	3,81	3,62
DF	0,00	0,00	0,00	1,26	2,46	2,37	2,56	2,39	2,11	2,17
Média	1,44	1,87	1,63	2,12	3,09	3,00	3,46	3,48	3,69	3,50
Mediana	1,03	1,44	1,26	1,83	2,42	2,68	3,14	2,90	2,99	3,00
DP	1,24	1,47	1,30	1,27	2,06	1,54	1,54	1,75	1,96	1,83

As RS estão representadas pela sigla do Estado ao qual pertence; DP: desvio padrão.

As cores fazem referência à distância do dado em relação a menos dois DP (vermelho), menos um DP (amarelo) e mais um DP (verde). Fonte: elaborado pelo autor.

Tabela 27 - Proporção do número de atividades coletivas executadas pela eSF cuja temática é relacionada à saúde mental e à dependência química em relação ao total de atividades coletivas das eSF com os usuários (em %, por Região de Saúde; período: 2014-2023)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
RO	0,00	3,13	2,63	5,72	4,95	10,84	8,58	40,83	16,36	26,48
AC	10,00	2,23	2,74	3,37	4,13	3,53	1,78	3,12	5,71	13,78
AM	1,52	1,36	1,37	1,56	2,02	1,46	3,79	5,09	9,48	9,20
RR	0,00	0,00	2,18	5,98	4,30	5,07	9,39	7,32	8,24	12,61
PA	8,33	3,94	3,71	3,00	5,30	5,69	6,29	2,61	4,41	3,67
AP	1,81	3,16	21,07	20,83	24,85	17,48	3,73	8,31	7,05	6,28
TO	3,39	3,71	2,52	7,20	5,90	5,05	3,10	5,17	7,82	16,08
MA	1,38	0,93	3,00	4,09	4,32	4,29	2,01	15,70	7,38	5,18
PI	3,54	4,44	4,96	5,53	4,76	4,83	3,72	2,96	8,65	6,48
CE	1,29	1,60	2,22	4,56	13,96	13,10	15,61	6,84	11,47	10,29
RN	6,11	14,82	7,70	5,31	7,03	10,89	4,29	2,55	5,45	7,86
PB	2,69	2,13	2,89	3,46	4,59	4,47	5,16	2,94	4,36	4,71
PE	3,08	4,13	2,84	2,97	3,35	3,50	2,25	2,71	3,35	4,90
AL	0,47	1,62	2,26	2,87	21,47	17,85	9,17	8,54	13,39	9,61
SE	7,87	2,85	5,20	9,43	5,78	10,70	13,93	4,35	5,07	4,78
BA	2,70	3,49	3,54	3,95	5,23	4,84	5,96	11,21	11,19	8,54
MG	13,91	5,68	3,44	2,49	3,59	5,36	16,56	24,42	24,65	16,37
ES	3,25	6,06	5,11	8,56	9,51	10,47	17,22	9,11	10,52	15,56
RJ	3,12	4,31	4,84	4,63	5,29	6,92	7,50	7,13	6,69	8,06
SP	0,00	0,18	3,83	4,33	4,81	4,96	7,57	1,88	5,89	7,74
PR	1,43	2,89	15,83	3,95	6,01	7,35	4,59	4,04	11,79	14,29
SC	4,28	4,96	11,43	15,75	14,74	9,83	4,30	7,24	11,90	15,97
RS	6,82	10,14	13,45	15,13	12,88	13,55	4,64	3,02	6,48	10,82
MS	3,50	2,21	2,34	4,93	6,13	5,61	7,14	7,49	9,16	9,13
MT	2,35	5,64	6,19	17,71	9,32	9,44	10,23	3,42	10,22	12,82
GO	6,72	3,33	2,39	5,69	4,31	4,36	1,96	1,68	3,30	3,81
DF	0,00	0,00	6,55	10,32	14,17	16,20	14,05	14,51	23,44	26,75
Média	3,69	3,67	5,41	6,79	7,88	8,06	7,20	7,93	9,39	10,81
Mediana	3,08	3,16	3,54	4,93	5,30	5,69	5,96	5,17	8,24	9,20
DP	3,41	3,11	4,73	5,01	5,64	4,54	4,68	8,31	5,30	6,06

As RS estão representadas pela sigla do Estado ao qual pertence; DP: desvio padrão.

As cores fazem referência à distância do dado em relação a menos dois DP (vermelho), menos um DP (amarelo) e mais um DP (verde).

Fonte: elaborado pelo autor.

Tabela 28 - Proporção de "Agendamentos para o NASF" após atendimento em saúde mental (incluindo usuário de substância, exceto tabaco) executado pela eSF/AB, em relação ao total de atendimentos em saúde mental (em %, por Região de Saúde; período: 2014-2023)

	2014	2015	2016	2017	2018	2020	2021	2022	2023
RO	0,00	0,34	0,80	0,57	0,30	0,06	0,02	0,03	0,05
AC	0,00	7,11	4,78	1,41	0,87	0,31	0,29	0,31	0,38
AM	1,13	1,03	0,77	0,49	1,12	1,34	1,39	1,16	0,71
RR	0,00	0,83	0,38	0,52	0,71	17,45	1,51	0,60	0,41
PA	2,08		1,43	1,55	2,64	2,17	1,25	1,18	1,11
AP	0,00		2,98	4,12	6,94	5,88	4,83	3,61	3,65
TO	0,68	1,18	1,24	2,14	1,82	0,55	0,43	0,81	0,49
MA	0,25	0,24	0,46	2,81	2,22	0,94	0,50	0,25	0,23
PI	0,80	0,00	0,63	1,39	1,38	1,28	1,42	1,71	0,95
CE	1,84	0,01	0,68	0,36	0,57	0,42	0,67	0,49	0,44
RN	0,66	0,76	0,46	0,40	0,46	0,22	0,38	0,39	0,33
PB	1,10	0,14	0,68	0,53	0,54	0,31	0,36	0,33	0,44
PE	0,68	0,38	1,23	1,34	1,22	0,78	1,44	1,22	0,74
AL	0,00	0,00	0,30	0,30	0,48	0,32	0,31	0,27	0,19
SE	0,14	0,38	0,26	0,80	0,53	0,14	0,23	0,31	0,31
BA	0,94	1,86	0,63	1,53	1,14	0,84	1,03	1,07	0,90
MG	1,50	0,86	2,37	3,47	3,88	2,59	3,87	4,47	4,80
ES	0,60	0,13	0,08	0,07	0,06	1,92	0,22	0,21	0,24
RJ	0,64	2,34	2,52	2,76	3,28	0,79	1,07	1,68	1,80
SP	0,00	0,00	0,00	1,88	1,93	0,94	1,19	1,35	1,11
PR	0,12	0,09	0,14	1,53	2,39	6,62	17,02	16,15	12,69
SC	0,29	1,98	0,80	1,48	1,09	1,22	1,20	0,89	0,83
RS	0,30	0,10	0,42	0,55	0,54	0,10	0,07	0,05	0,03
MS	1,53	0,42	0,66	2,29	5,17	0,48	0,66	0,86	0,52
MT	0,37	0,00	0,16	0,31	0,54	0,08	0,07	0,09	0,10
GO	0,42	0,30	0,93	1,06	0,92	0,22	0,89	0,52	0,38
DF	0,00	0,00	0,00	0,73	0,86	0,61	0,53	0,76	0,65
Média	0,62	0,84	0,96	1,38	1,67	1,87	1,65	1,57	1,32
Mediana	0,51	0,34	0,65	1,36	1,10	0,79	0,78	0,79	0,50
DP	0,60	1,50	1,09	1,05	1,62	3,57	3,32	3,14	2,55

As RS estão representadas pela sigla do Estado ao qual pertence; DP: desvio padrão.

As cores fazem referência à distância do dado em relação a menos dois DP (vermelho), menos um DP (amarelo) e mais um DP (verde).

Fonte: elaborado pelo autor.

Tabela 29 - Proporção dos desfechos "agendamento para grupos, encaminhamento interno no dia, encaminhamento intersetorial, retorno para cuidado continuado e retorno para consulta agendada" após atendimento em saúde mental (incluindo usuário de substância, exceto tabaco) executado pela eSF/AB, em relação ao total de atendimentos em saúde mental (em %, por Região de Saúde; período: 2014-2023)

	2014	2016	2017	2018	2020	2021	2022	2023
RO		69,05	67,52	68,72	32,86	42,96	58,13	57,77
AC	50,47	59,07	60,20	58,21	52,93	63,56	62,44	61,28
AM	80,91	89,07	84,83	81,99	67,33	67,21	71,86	73,18
RR	6,67	61,75	65,58	74,24	58,47	68,99	61,99	40,23
PA	86,82	93,90	95,12	97,33	91,95	87,31	84,78	82,00
AP	80,72	99,97	82,07	83,85	76,63	70,91	61,19	50,48
TO	73,65	32,43	61,42	58,75	48,32	40,34	40,92	39,95
MA	77,90	63,86	70,56	69,12	71,22	70,27	64,87	59,14
PI	76,75	72,06	77,94	76,77	70,89	67,29	67,05	70,58
CE	55,56	61,65	59,91	64,73	63,10	63,10	50,61	51,64
RN	79,40	80,81	81,29	78,81	76,30	71,16	70,19	75,59
PB	63,21	71,41	66,07	64,85	64,89	65,68	66,29	68,32
PE	61,36	77,81	80,71	81,20	74,14	71,06	66,94	70,72
AL	84,21	83,58	82,94	79,73	69,59	72,42	73,85	70,77
SE	74,86	81,30	80,06	80,37	68,10	61,39	56,12	56,03
BA	70,57	79,69	68,91	59,64	75,55	76,57	80,65	89,57
MG	63,23	80,95	66,67	70,84	65,41	62,83	62,18	62,18
ES	65,83	70,00	74,08	64,64	54,22	54,09	48,59	47,17
RJ	85,90	26,46	27,03	26,76	54,18	58,37	29,94	28,86
SP		98,04	90,23	88,25	71,03	62,66	58,81	51,95
PR	71,75	34,39	45,30	62,81	57,13	54,91	48,37	44,44
SC	84,56	42,81	54,16	52,39	34,59	34,09	36,21	36,68
RS	64,95	45,72	78,22	81,39	67,63	59,00	51,73	45,49
MS	72,57	62,91	71,67	81,13	61,33	57,51	57,56	54,42
MT	82,90	37,98	43,75	72,07	63,65	62,35	68,31	59,28
GO	41,90	72,47	66,33	61,01	61,47	58,09	57,44	60,30
DF			51,54	66,51	62,15	61,79	62,81	66,55
Média	69,03	67,20	68,72	70,67	64,70	63,19	60,07	58,34
Mediana	73,11	71,41	69,74	71,45	65,15	62,97	62,08	59,21
DP	17,66	20,83	15,61	14,02	11,07	10,55	12,67	14,65

As RS estão representadas pela sigla do Estado ao qual pertence; DP: desvio padrão. O ano de 2019 foi suprimido em função da inconsistência de dados no banco do qual foram extraídos. As cores fazem referência à distância do dado em relação a menos dois DP (vermelho), menos um DP (amarelo) e mais um DP (verde). Células em branco referem-se a valores inválidos ou ausentes que foram desconsiderados.

Fonte: elaborado pelo autor.

Tabela 30 - Proporção de "encaminhamento para o CAPS, encaminhamento para a urgência, encaminhamento para serviço especializado e encaminhamento para internação" após atendimento em saúde mental (incluindo usuário de substância, exceto tabaco) executado pela eSF/AB, em relação ao total de atendimentos em saúde mental (em %, por Região de Saúde; período: 2014-2023)

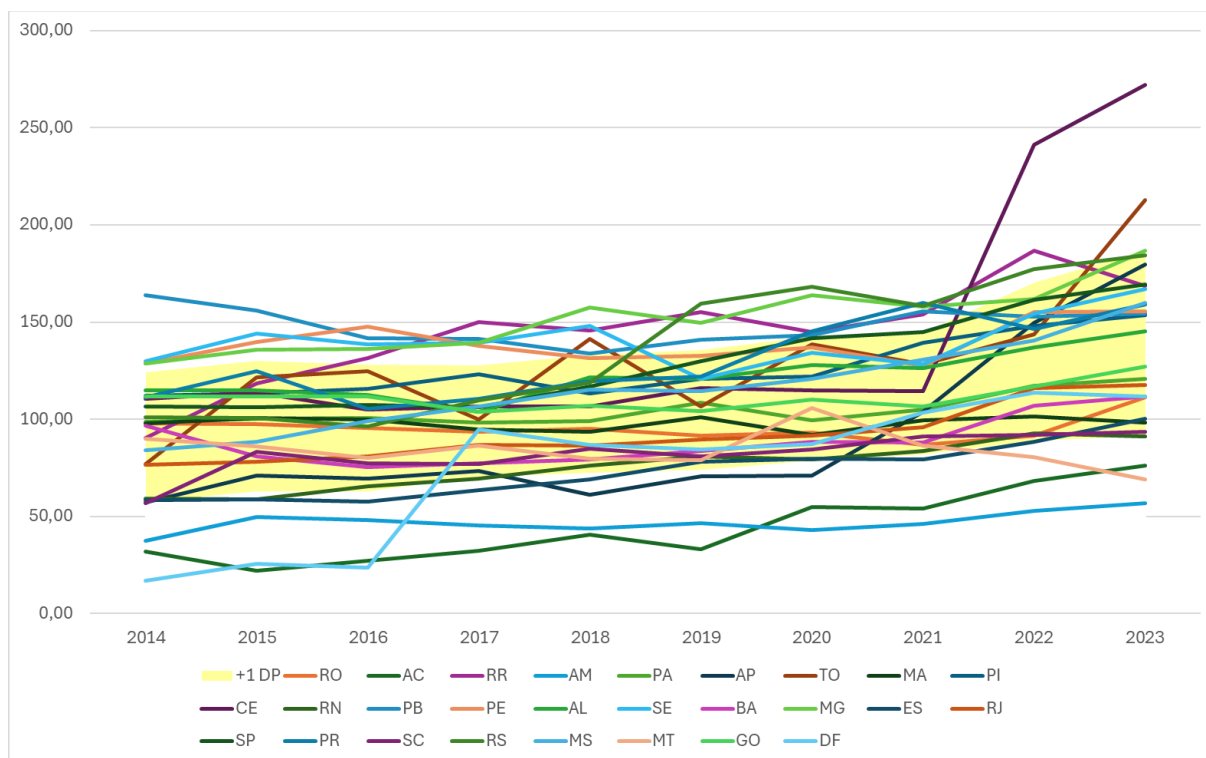
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
RO	0,00	19,18	18,54	14,05	13,06	11,99	4,06	6,49	10,78	12,86
AC	11,21	7,68	7,30	7,25	7,53	13,79	6,69	7,81	10,68	14,57
AM	13,46	21,46	11,59	10,78	15,03	19,40	9,00	11,66	20,48	26,56
RR	0,00	1,66	9,06	7,15	6,59	19,46	9,01	7,34	8,54	14,91
PA	10,17	-	7,96	7,73	10,08	23,00	8,18	10,59	9,13	9,25
AP	3,61	-	14,57	14,17	10,79	-	13,98	22,12	25,75	14,89
TO	12,91	8,09	6,14	8,00	4,26	5,99	3,20	5,27	8,61	10,65
MA	21,72	10,52	10,71	12,55	9,21	14,89	5,88	6,85	5,47	5,22
PI	17,65	0,00	10,98	10,81	10,67	13,47	9,47	17,68	19,91	22,71
CE	12,57	0,01	7,86	8,18	7,31	8,79	7,12	8,64	13,52	15,42
RN	13,83	3,10	9,90	9,30	9,33	10,08	5,74	8,00	10,79	15,57
PB	6,47	4,24	3,92	3,63	3,49	4,57	2,20	4,57	7,96	11,16
PE	7,25	4,29	10,35	10,34	9,44	11,93	5,08	8,62	9,52	12,31
AL	15,79	0,00	10,26	10,09	8,71	11,28	5,66	8,72	10,26	11,98
SE	8,61	9,78	8,63	7,77	8,48	24,94	13,32	19,59	22,71	27,18
BA	25,44	14,10	10,77	9,43	7,07	10,75	3,74	5,45	12,80	14,20
MG	7,62	12,82	16,56	16,07	15,03	20,79	9,45	12,42	15,25	14,63
ES	8,50	8,12	7,27	7,54	8,92	20,13	5,15	10,47	13,95	16,72
RJ	20,39	1,69	0,71	2,97	7,24	8,18	7,74	13,45	12,63	12,76
SP	0,00	0,00	1,96	3,18	3,19	7,17	3,36	6,25	9,87	13,08
PR	5,40	4,99	7,09	8,08	12,99	25,75	9,39	11,98	14,27	14,90
SC	4,30	23,05	1,79	3,57	6,15	5,42	3,30	3,92	5,81	5,96
RS	4,94	0,87	2,59	1,93	2,39	2,31	1,92	2,32	2,70	2,47
MS	9,46	3,34	5,46	11,24	17,86	16,79	3,52	4,87	7,45	8,56
MT	17,84	12,13	9,15	8,38	8,39	10,28	5,23	5,91	6,49	12,14
GO	4,93	5,80	10,26	8,70	9,15	10,03	7,55	14,77	13,67	14,85
DF	0,00	0,00	0,00	2,75	4,60	7,04	4,45	6,62	9,43	11,30
Média	10,16	6,57	7,80	8,14	8,61	13,05	6,51	9,46	11,83	13,61
Mediana	9,03	4,64	8,29	8,13	8,59	11,28	5,81	8,31	10,47	13,64
DP	6,80	6,54	4,12	3,56	3,73	6,63	3,13	4,92	5,49	5,61

As RS estão representadas pela sigla do Estado ao qual pertence; DP: desvio padrão.

As cores fazem referência à distância do dado em relação a menos dois DP (vermelho), menos um DP (amarelo) e mais um DP (verde). Células em branco referem-se a valores inválidos ou ausentes que foram desconsiderados.

Fonte: elaborado pelo autor.

Gráfico 9 - Razão de profissionais de saúde de nível superior (médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais e enfermeiros), lotados no CAPS, por cada 1.000.000 de habitantes (por RS; período 2014-2023)



As RS estão representadas pela sigla do Estado ao qual pertence; +- 1 DP: faixa entre menos um e mais um desvio padrão.

Fonte: elaborado pelo autor

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL *	CBO*	Cód. CNES UNIDADE*	Cód. EQUIPE (INE)*	DATA:*
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	/ /
Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	CBO	Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	CBO	
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	

[illegible]

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
Problema / Condição Avaliada *	Doenças Transmissíveis	Tuberculose	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		Hanseníase	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		Dengue	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		DST	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Rastreia- mento	Câncer do Colo do Útero	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		Câncer de Mama	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		Risco cardiovascular	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Outros	CIAP2 - 01														
		CIAP2 - 02														
		CID10 - 01														
Exames Solicitados(S) e Avaliados (A)	Colesterol total	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Creatinina	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	EAS/EQU	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Eletrcardiograma	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Eletrforese de Hemoglobina	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Espirometria	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Exame de escarro	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Glicemia	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	HDL	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Hemoglobina Glicada	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Hemograma	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	LDL	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Retinografia / Fundo de Olho com oftalmologista	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Sorologia de Sífilis (VDRL)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Sorologia para Dengue	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Sorologia para HIV	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Teste indireto de antiglobulina humana (tia)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Teste da orelhinha	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Teste de Gravidez	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Teste do olhinho	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Teste do pezinho	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Ultrassonografia obstétrica	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Urocultura	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Outros (S/A)	☐	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		☐	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		☐	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		☐	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Se usou alguma PIC, indicar qual (ver legenda)		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Ficou em Observação?		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
NASF/Polo	Avaliação / Diagnóstico	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Procedimentos Clínicos / Terapêutico	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Prescrição Terapêutica	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
Conduta *	Retorno para consulta agendada	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Retorno p/ cuidado continuado/programado	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Agendamento para Grupos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Agendamento p/ NASF	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Alta do episódio	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Encaminhamento	Encaminhamento Interno no Dia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		Encaminhamento p/ Serviço Especializado	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		Encaminhamento p/ CAPS	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		Encaminhamento p/ Internação Hospitalar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		Encaminhamento p/ Urgência	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Encaminhamento p/ Serviço de Atenção Domiciliar		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
Encaminhamento Intersetorial	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			

Legenda: ☐ Opção Múltipla de Escolha ☐ Opção Única de Escolha (Marcar X na opção desejada)

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde) 08 - Instituição / Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa Aleitamento Materno: 01 - Exclusivo 02 - Predominante 03 - Complementado 04 - Inexistente

Modalidade de AD: Destinada a usuários com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde. AD1: usuários que necessitam de cuidados de menor intensidade, devendo ser acompanhados regularmente pela equipe de atenção básica. AD2: usuários que necessitam de cuidado intensivo, com visitas, no mínimo semanais. AD3: usuário com os critérios de AD2 somados ao uso de suporte ventilatório não invasivo, ou paracentese, ou diálise peritoneal.

PIC: 01 - Medicina Tradicional Chinesa 02 - Antroposofia aplicada à saúde 03 - Homeopatia 04 - Fitoterapia 05 - Termalismo/Crenoterapia 06 - Práticas corporais e mentais em PICs 07 - Técnicas manuais em PICs 08 - Outros * Campo Obrigatório

Legenda: ☐ Opção múltipla de escolha ☐ Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)
Microárea: usar FA para Fora de Área ou 00 a 99 para o número da microárea.
Tipo de imóvel: 01 Domicílio, 02 comércio, 03 terreno baldio, 04 Ponto Estratégico (PE: cemitério, barracharia, ferro-velho, depósito de sucata ou materiais de construção, garagem de ônibus ou veículo de grande porte), 05 Escola, 06 Creche, 07 Abrigo, 08 Instituição de longa permanência para idosos, 09 Unidade prisional, 10 Unidade de medida socioeducativa, 11 Delegacia, 12 Estabelecimento religioso, 99 Outros
Campo ☐ campo numérico
*Campo obrigatório
**Campos obrigatórios para visitas ao cidadão ou a sua família

	FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA		DIGITADO POR:	DATA: / /
			CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA:*
_____	____-____	_____	_____	/ /

TURNO:* (M)(T)(N)	CNS DO PROFISSIONAL	CBO***
LOCAL DE ATIVIDADE	_____	____-____
Nº INEP (ESCOLA/CRECHE) _____	CNES _____	____-____
OUTRA LOCALIDADE: _____	_____	____-____
Nº DE PARTICIPANTES* _____	Nº DE AVALIAÇÕES ALTERADAS _____	____-____

ATIVIDADE (opção única)*	TEMAS PARA REUNIÃO (opção múltipla)***
01 Reunião de equipe	01 Questões administrativas/Funcionamento
02 Reunião com outras equipes de saúde	02 Processos de trabalho
03 Reunião intersetorial/Conselho Local de Saúde/Controle social	03 Diagnóstico do território/Monitoramento do território
	04 Planejamento/Monitoramento das ações da equipe
	05 Discussão de caso/Projeto Terapêutico Singular
	06 Educação Permanente
	07 Outros

ATIVIDADE (opção única)*	
04 Educação em saúde	
05 Atendimento em grupo	
06 Avaliação/Procedimento coletivo	
07 Mobilização social	

PÚBLICO-ALVO (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5, 6 e 7)	TEMAS PARA SAÚDE (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5 e 7)	PRÁTICAS EM SAÚDE (opção única e obrigatório para atividade 6, e múltipla para 5)
01 Comunidade em geral	01 Ações de combate ao <i>Aedes aegypti</i>	01 Antropometria
02 Criança 0 a 3 anos	02 Agravos negligenciados	02 Aplicação tópica de flúor
03 Criança 4 a 5 anos	03 Alimentação saudável	03 Desenvolvimento da linguagem
04 Criança 6 a 11 anos	04 Autocuidado de pessoas com doenças crônicas	04 Escovação dental supervisionada
05 Adolescente	05 Cidadania e direitos humanos	05 Práticas corporais e atividade física
06 Mulher	06 Dependência química/tabaco/álcool/outras drogas	06 PNCT Sessão 1
07 Gestante	07 Envelhecimento/climatério/andropausa/etc	07 PNCT Sessão 2
08 Homem	08 Plantas medicinais/fitoterapia	08 PNCT Sessão 3
09 Familiares	09 Prevenção da violência e promoção da cultura da paz	09 PNCT Sessão 4
10 Idoso	10 Saúde ambiental	10 Saúde auditiva
11 Pessoas com doenças crônicas	11 Saúde bucal	11 Saúde ocular
12 Usuário de tabaco	12 Saúde do trabalhador	12 Verificação da situação vacinal
13 Usuário de álcool	13 Saúde mental	13 Outras
14 Usuário de outras drogas	14 Saúde sexual e reprodutiva	14 Outro procedimento coletivo Código do SIGTAP _____
15 Pessoas com sofrimento ou transtorno mental	15 Semana saúde na escola	
16 Profissional de educação	16 Outros	
17 Outros		

Nº	CNS DO CIDADÃO***	DATA DE NASCIMENTO**	SEXO**	AVALIAÇÃO ALTERADA	Obrigatório somente para antropometria		PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO	
					PESO (kg)	ALTURA (cm)	Cessou o hábito de fumar	Abandonou o grupo
1		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
2		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
3		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
4		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
5		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
6		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
7		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
8		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
9		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
10		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
11		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
12		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
13		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
14		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
15		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
16		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
17		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
18		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
19		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
20		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
21		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
22		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
23		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
24		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
25		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
26		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
27		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
28		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
29		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
30		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
31		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
32		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
33		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
34		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
35		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐

Legenda: ☐ Opção múltipla de escolha ☐ Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

*Campo obrigatório

**Campo obrigatório ao informar lista de participantes

***Campo com obrigatoriedade condicionada