



UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

CARLOS EDUARDO MENEZES AMARAL

**AVALIAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DOS COMPONENTES ATENÇÃO BÁSICA
E ATENÇÃO ESPECIALIZADA DAS REDES DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
DOS MUNICÍPIOS DE CAMPINAS E FORTALEZA**

*EVALUATION OF PRIMARY CARE AND SPECIALIZED CARE INTEGRATION IN
THE MENTAL HEALTHCARE NETWORKS OF THE CITIES OF CAMPINAS AND
FORTALEZA*

CAMPINAS

2018

CARLOS EDUARDO MENEZES AMARAL

**Avaliação da articulação dos componentes atenção básica e atenção especializada
das Redes de Atenção Psicossocial dos municípios de Campinas e Fortaleza**

*Evaluation of primary care and specialized care integration in the mental healthcare
networks of the cities of Campinas and Fortaleza*

Tese apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva, na área de concentração Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

Thesis presented to the Post Graduate Program in Collective Health at the School of Medical Sciences, University of Campinas (UNICAMP) for obtaining a Ph.D. title in Collective Health. Concentration area: Health Policy, Planning and Management

ORIENTADORA: PROFA. DRA. ROSANA TERESA ONOCKO CAMPOS

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL
DA TESE DEFENDIDA POR CARLOS EDUARDO
MENEZES AMARAL E ORIENTADO PELA PROFA.
DRA. ROSANA TERESA ONOCKO CAMPOS

CAMPINAS

2018

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): CAPES, 01-P-3490/2014, 01-P-4349/2015, 01-P-1738/2016; CAPES, 01-P-3374/2017, 01-P-4585/2018

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

Am13a Amaral, Carlos Eduardo Menezes, 1985-
Avaliação da articulação dos componentes atenção básica e atenção especializada das Redes de Atenção Psicossocial dos municípios de Campinas e Fortaleza / Carlos Eduardo Menezes Amaral. – Campinas, SP : [s.n.], 2018.

Orientador: Rosana Teresa Onocko-Campos.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde mental. 2. Atenção primária à saúde. 3. Avaliação em saúde. 4. Integralidade. 5. Rede prestadora de serviços de saúde. I. Onocko-Campos, Rosana Teresa, 1962-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Evaluation of primary care and specialized care integration in the mental healthcare networks of the cities of Campinas and Fortaleza

Palavras-chave em inglês:

Mental Health

Primary health care

Health Evaluation

Globality

Network providing health services

Área de concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde

Titulação: Doutor em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Rosana Teresa Onocko-Campos [Orientador]

Pedro Gabriel Godinho Delgado

Deivisson Vianna Dantas dos Santos

Luis Fernando Farah de Tófoli

Carlos Roberto Silveira Correa

Data de defesa: 29-06-2018

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

BANCA EXAMINADORA DE DEFESA DE DOUTORADO

CARLOS EDUARDO MENEZES AMARAL

ORIENTADORA: PROFA. DRA. ROSANA TERESA ONOCKO CAMPOS

MEMBROS:

- 1. PROFA. DRA. ROSANA TERESA ONOCKO CAMPOS – UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**
- 2. PROF. DR. DEIVISSON VIANNA DANTAS DOS SANTOS - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA/CURITIBA**
- 3. PROF. DR. LUIS FERNANDO FARAH DE TÓFOLI - FCM / UNICAMP**
- 4. PROF. DR. PEDRO GABRIEL GODINHO DELGADO - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO/RIO DE JANEIRO**
- 5. PROF. DR. CARLOS ROBERTO SILVEIRA CORREA - FCM / UNICAMP**

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

DATA DA DEFESA: 29/06/2018

Dedicatória

Ao Vô Arataca. Que os cavalos do céu nunca precisem puxar canhões.

Agradecimentos

À Rosana, pela relação carinhosa na orientação, pela confiança e incentivo constante ao crescimento profissional, e pela inspiração à militância antimanicomial.

To Prof. Sir Graham Thornicroft, for his availability and inspiration, for his encouragement towards an academic career and militancy of mental health rights worldwide

Ao Gastão, pela oportunidade de participar da pesquisa AcesSUS e pela confiança no trabalho.

Aos profs. Tanaka, Dário e Liane, pelo apoio, parceria e aprendizados durante a pesquisa AcesSUS.

À prof. Priscila e à Rose, pela paciência e orientação no mundo dos números.

Aos amigos do grupo Interfaces, pelo crescimento conjunto.

Ao Bruno, pelo aprendizado com sua militância, sensibilidade pragmática e inexorável senso de humor.

À Kamila, pelo carinho nos momentos alegres e tristes, e pelas parcerias acadêmicas e boêmias.

À Mariana, pela amizade e por aceitar de bom humor o desafio conjunto da pesquisa Inquérito.

À Ana Carine, pelas vivências e aprendizados compartilhados, e pela amizade e carinho com gostinho de casa e do Ceará.

To Petra, Shalini and Maria, for lightening up room 3.08 with laughter and ideas.

To Moe, for tech, game and booze support.

Aos companheiros da Casa das Palmeiras (que não é a da Nise), Hugo, Gustavo e Edu, pelos momentos de boa convivência.

To Andrea and Valeria, for creating a home away from home in London.

À Cely, pelo amor e por um nível de compreensão que só brota do estresse acadêmico compartilhado.

A meus pais, pelo suporte e amor incondicionais.

Ao Vô Arataca, por tudo que me ensinou da Vida.

Resumo

A assistência em saúde mental no Sistema Único de Saúde brasileiro tem se organizado em redes de atenção psicossocial (RAPS), buscando a integração dos diferentes serviços que a compõem. Contudo, o grau de implantação e a amplitude das RAPS apresentam-se bastante variados nos municípios brasileiros. Apesar disso, os padrões de funcionamento de cada rede permanecem pouco conhecidos, em especial, as formas e efeitos da inter-relação entre serviços. Esta tese teve como objetivo avaliar a articulação dos componentes atenção básica e atenção especializada nas RAPS dos municípios de Campinas e Fortaleza. A pesquisa foi realizada por meio de uma revisão sistemática de literatura, na modalidade síntese narrativa, por uma análise de dados de sistemas de informação, e por um estudo transversal com dados oriundos do “Projeto AcesSUS - Inquérito sobre o acesso a partir da atenção básica, o funcionamento e a utilização da atenção especializada para quatro condições traçadoras em quatro grandes cidades brasileiras”. Os resultados da tese foram desenvolvidos em quatro artigos. O primeiro artigo apresenta uma revisão sistemática sobre itinerários terapêuticos em saúde mental no Brasil, na qual identificamos o desempenho da atenção básica à saúde e o manejo de situações agudas e emergenciais na rede como os principais desafios dos itinerários de saúde mental no país. O segundo artigo compara ações de saúde mental na AB nos municípios de Campinas, Fortaleza, Porto Alegre e São Paulo. Nesse artigo, identificamos os valores referentes a processos da atenção à saúde mental na AB que, apesar de interconectados, revelam crescimentos e direções distintas da assistência, condicionados pela organização de cada rede local. O terceiro artigo analisa os itinerários até os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em Campinas e Fortaleza, ressaltando a importância da AB e hospital geral na rede de Campinas, e da AB e hospital psiquiátrico em Fortaleza. Esses resultados evidenciam modelos mistos de regulação da demanda, entre acesso hierarquizado pela AB e regulação direta por serviços especializados. O estudo destaca também, nos dois municípios, uma correlação entre acesso direto e população branca, e entre local de detecção inicial do problema de saúde mental e origem do encaminhamento ao CAPS. Em Campinas, o estudo aponta ainda uma associação entre acesso via AB e maior idade, e entre acesso direto e ausência de uso prévio de medicação. O último artigo apresenta a prevalência e os fatores associados a receber tratamento em saúde mental na AB, para usuários atualmente em acompanhamento nos CAPS de Campinas e Fortaleza. A ocorrência do tratamento na AB mostrou-se associada a ter a própria AB como origem do encaminhamento ao CAPS, apresentando também correlação com ter o reconhecimento inicial de problemas de saúde mental realizado na AB (mesmo após controlar por local de origem do encaminhamento). Destaca-se que, nesse último artigo, as associações foram semelhantes em cenários com diferentes níveis de oferta de intervenções localizadas na AB. A partir dos diferentes recortes de análise utilizados em cada artigo, exploramos variados aspectos das RAPS, destacando os processos dinâmicos entre serviços de atenção básica e especializada para a compreensão do funcionamento das diferentes conformações de redes de saúde mental.

Palavras-chave: Saúde Mental; Atenção Básica; Avaliação em Saúde; Integralidade; Redes de Atenção em Saúde

Abstract

Mental health care in Brazil's Unified Health System (SUS) has been organized in psychosocial healthcare networks (RAPS), seeking integration among different health services. However, the level of implementation and the extension of mental healthcare networks vary in Brazil's municipalities. Despite that, each local network's performance remain unknown, especially regarding the pattern and effects of relations between services. This thesis' objective was to evaluate the integration between RAPS' primary and specialized care components, in the municipalities of Campinas and Fortaleza. The research performed a systematic review (narrative synthesis), a health information system analysis and a cross-sectional study, from the AcesSUS project: "Projeto AcesSUS - Inquérito sobre o acesso a partir da atenção básica, o funcionamento e a utilização da atenção especializada para quatro condições traçadoras em quatro grandes cidades brasileiras". The results were discussed in four papers. The first paper presents a systematic review of pathways to mental health (MH) care in Brazil. In this paper, we argue that the performance of primary care and the management of acute episodes and urgencies are the main challenges in the country's mental health pathways. The second paper compares MH actions in primary care in the cities of Campinas, Fortaleza, Porto Alegre and São Paulo. In this paper, we compare data regarding different processes in primary care that, despite being interconnected, reveal effects from the local healthcare network arrangements. The third paper analyses the clinical pathways to community mental health services (CAPS) in Campinas and Fortaleza. The paper highlights the importance of primary care and general hospitals in Campinas' system, and the weight of primary care and psychiatric hospitals in Fortaleza. These results show mixed models of patient flow regulation, combining stepped care access from primary care and direct regulation by specialized services. The study also points out, in both municipalities, a correlation between direct access to the CAPS and white patients, and between the service where the MH issue was first detected and the source of referral to the CAPS. In Campinas, the study also shows an association between access via primary care and higher age, and between direct access to the CAPS and lack of previous psychiatric medication usage. The final paper presents the prevalence and associated factors for receiving MH treatment in primary care, for patients currently being treated at the CAPS in Campinas and Fortaleza. The occurrence of treatment in primary care is associated with having primary care as the source of referral to the CAPS, and with the initial detection having occurred at this level of care (even after controlling for source of referral). Similar associations were found in scenarios of high and low availability of primary care interventions in MH. From the different angles of analysis provided by each paper, we explored varied aspects of the RAPS, highlighting dynamic processes between primary and specialized services in order to explain diverse mental health care networks arrangements.

Keywords: Mental Health, Primary Care, Health Evaluation, Globality, Healthcare Networks

Lista de figuras

Figura 1 - Proporção de recursos federais destinados à saúde mental em serviços hospitalares e em serviços de atenção comunitária/territorial (Brasil, 2002 a 2013) 16

Figura 2 – Série Histórica do Indicador Cobertura CAPS/100mil hab., por região. Brasil, 2002 a 2014. 17

Figura 3. Dimensões de Análise de Redes de Saúde. 23

Artigo 1 - Systematic review of pathways to mental health care in Brazil: narrative synthesis of quantitative and qualitative studies

Figure 1 – Analytical Model 38

Figure 2 – Study Selection Flowchart 39

Artigo 2 - Ações de saúde mental na atenção básica de quatro municípios brasileiros de grande porte: comparação de indicadores de sistemas de informação e dados de inquérito em serviço

Figura 1 - Cobertura populacional de Atenção Básica. Campinas, Fortaleza, Porto Alegre e São Paulo. 2010 a 2015. 73

Figura 2 – Cobertura populacional de Atenção Básica e proporção da cobertura de Estratégia Saúde da Família. Campinas, Fortaleza, Porto Alegre e São Paulo. 2010 a 2015. 74

Figura 3 - Razão do nº de atendimentos / ano realizados por psiquiatra na AB por população (por 1.000 habitantes) (Fonte: SIASUS ou equivalente). Campinas, Fortaleza, Porto Alegre e São Paulo. 2010 a 2015. 75

Figura 4 - Razão do número de atendimentos / ano realizados por psicólogo na Atenção Básica por população (por 1.000 habitantes). Campinas, Fortaleza, Porto Alegre e São Paulo. 2010 a 2015. 76

Lista de quadros e tabelas

Artigo 1 - Systematic review of pathways to mental health care in Brazil: narrative synthesis of quantitative and qualitative studies

Table 1 – Studies’ references and researched cities by region and state. 40

Artigo 2 - Ações de saúde mental na atenção básica de quatro municípios brasileiros de grande porte: comparação de indicadores de sistemas de informação e dados de inquérito em serviço

Quadro 1 – Média de Cobertura de Atenção Básica, média de cobertura de Estratégia Saúde da Família, média da razão de atendimentos de psiquiatra por habitante, média da razão de atendimentos de psicólogo por habitante e proporção de procura pela AB em situações de crise. Campinas, Fortaleza, Porto Alegre e São Paulo 78

Artigo 3 - Itinerários terapêuticos até o CAPS: origens dos encaminhamentos em Campinas e Fortaleza e fatores associados

Tabela 1 – Características sócio-demográficas, diagnóstico autorreferido e eventos do itinerário terapêutico dos usuários do CAPS. Campinas e Fortaleza, 2016 97

Tabela 2 - Fatores associados a encaminhamento via atenção básica e fatores associados a encaminhamento via demanda espontânea. Campinas e Fortaleza, 2016. 100

Tabela 3 - Modelos de regressão logística múltipla para “ter sido encaminhado ao CAPS via AB” em Campinas e Fortaleza, 2016. 102

Tabela 4 - Modelos de regressão logística múltipla para “acesso ao CAPS via demanda espontânea” em Campinas e Fortaleza, 2016. 103

Artigo 4 - Fatores associados ao tratamento em saúde mental na atenção básica para pessoas em acompanhamento no CAPS

Tabela 1. Características sócio-demográficas, clínicas e do itinerário terapêutico dos usuários de CAPS. Campinas, Fortaleza, Porto Alegre e São Paulo. 2016 126

Tabela 2. Modelos de regressão logística simples e múltipla para “Ter recebido tratamento de SM na AB” por município, 2016. 128

Tabela 3 Razão de Chances Comum por municípios de Campinas e Fortaleza, controlando por origem do encaminhamento ao CAPS, 2016. 129

Lista de abreviaturas e siglas

AB	Atenção Básica
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CASP	Critical Appraisal Skills Program
DUP	Duration of Untreated Psychosis
d.p.	Desvio padrão
FEP	First Episode Psychosis
GP	General Practitioner
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
MH	Mental Health
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	Odds Ratio
PC	Primary Care
PMHC	Pathways to Mental Health Care
PSM	Problemas de Saúde Mental
RAPS	Redes de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RC	Razão de Chances
SIASUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SM	Saúde Mental
SUS	Sistema Único de Saúde
v.p.e	Variação no período estudado

Sumário

1. APRESENTAÇÃO.....	14
2. INTRODUÇÃO.....	16
Redes de saúde como objeto de pesquisa	21
3. OBJETIVOS	26
Objetivo Geral	26
Objetivos Específicos	26
4. METODOLOGIA.....	27
Revisão sistemática	27
Análise de dados de sistemas de informação.....	27
Estudo transversal.....	28
5. RESULTADOS	29
Artigo 1. Systematic review of pathways to mental health care in Brazil: narrative synthesis of quantitative and qualitative studies.....	31
Background.....	32
Methods	36
Results	39
Discussion.....	49
Conclusions	55
Declarations.....	56
References	57
Artigo 2. Ações de saúde mental na atenção básica de quatro municípios brasileiros de grande porte: comparação de indicadores de sistemas de informação e dados de inquérito em serviço	67
Introdução.....	69
Metodologia.....	71
Resultados e discussão	74
Conclusão	83
Referências bibliográficas	85
Artigo 3. Itinerários terapêuticos até o CAPS: origens dos encaminhamentos em Campinas e Fortaleza e fatores associados.....	88
Introdução.....	90
Metodologia.....	93
Resultados.....	97
Discussão.....	104

Conclusão	110
Referências bibliográficas	112
Artigo 4. Fatores associados ao tratamento em saúde mental na atenção básica para pessoas em acompanhamento no CAPS	117
Introdução	119
Metodologia.....	124
Resultados.....	125
Discussão.....	129
Conclusões.....	133
Referências bibliográficas	134
6. DISCUSSÃO GERAL.....	138
7. CONCLUSÃO.....	148
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	151
ANEXOS	157
Anexo 1 – Questionário Pesquisa AcesSUS – Agravo Saúde Mental	158
Anexo 2 – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	168

1. APRESENTAÇÃO

Este texto compreende uma tese de Doutorado em Saúde Coletiva, desenvolvida na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) sob orientação da Profa. Dra. Rosana Teresa Onocko Campos. A pesquisa apresentada integra um projeto mais amplo, denominado “AcesSUS - Inquérito sobre o acesso a partir da atenção básica, o funcionamento e a utilização da atenção especializada para quatro condições traçadoras em quatro grandes cidades brasileiras”, sob coordenação do Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos.

A pesquisa AcesSUS buscou mapear o funcionamento e articulação da atenção básica e atenção especializada no Brasil. Considerando a magnitude dessa operação, prof. Gastão reuniu uma equipe de pesquisadores de diferentes instituições para construir coletivamente o desenho e a operacionalização da pesquisa. Esse coletivo elencou quatro agravos prioritários enquanto condições traçadoras: hipertensão arterial sistêmica, câncer de mama, gravidez de alto risco e transtorno mental grave. Tendo em vista a amplitude e heterogeneidade de nosso território nacional, o coletivo definiu como cenários de pesquisa quatro grandes cidades brasileiras, respeitando critérios de diversidade de municípios (regiões e condições sócio-econômicas) e da possibilidade de composição de equipes locais, sendo escolhidos Campinas, Fortaleza, Porto Alegre e São Paulo como *loci*. Para tanto, o projeto contou com a participação de pesquisadores da Universidade Estadual do Ceará (UECE), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Universidade de São Paulo (USP), Pontífica Universidade Católica de Campinas (PUCCAMP) e Instituto de Saúde de São Paulo, tendo a Unicamp enquanto instituição proponente.

O projeto iniciou em 2014, com duração de quatro anos e meio, e encerramento previsto para 2018. Minha participação nesse projeto iniciou-se já em 2014, alguns meses após minha entrada no doutorado em Saúde Coletiva. Frente às múltiplas atividades ocorrendo simultaneamente no projeto, fui assumindo diferentes funções junto à equipe e, a partir de 2015, passei a compor a equipe de coordenação do pesquisa, acompanhando as atividades realizadas nos quatro municípios para cada um dos agravos. Essa participação incluiu a elaboração e realização do pré-teste do questionário do agravo saúde mental junto à equipe de Campinas, o alinhamento dos questionários dos quatro agravos em eixos comuns, treinamento e supervisão da equipe de entrevistadores de

Campinas, Fortaleza e Porto Alegre, as tratativas com os diversos comitês de ética e serviços envolvidos no projeto, a gestão do orçamento e compras da pesquisa, o monitoramento dos bancos de dados dos quatro agravos nas quatro cidades, além de outras tarefas administrativas, financeiras e comunicacionais.

Dentro desse conjunto de atividades, me aprofundi na análise do componente de saúde mental, desenvolvendo alguns objetivos específicos ao subtema, cujos resultados compõem essa tese. A partir do banco de dados produzido na pesquisa AcesSUS, assim como um conjunto de indicadores construídos a partir de sistemas de informação em saúde, sistematizados no âmbito do projeto, construí um enlace particular para essa tese, destacando aspectos da integração da rede de saúde mental que perpassam a atenção primária à saúde e os centros de atenção psicossocial.

A aproximação ao campo da saúde mental tem ocorrido ao longo de minha trajetória acadêmico-profissional, iniciando na graduação em psicologia, passando pela residência multiprofissional em saúde da família e comunidade e o Mestrado em saúde pública, na Universidade Federal do Ceará, formações estas desenvolvidas em Fortaleza-CE. No mestrado, iniciei meus estudos no tema das redes de atenção em saúde mental, investigando em minha dissertação a articulação entre atenção básica, CAPS e hospital psiquiátrico em Fortaleza. Portanto, o tema desenvolvido nessa tese de doutorado é, de certa forma, a continuidade de um tema de interesse iniciado em 2011 no mestrado.

A análise desenvolvida na tese foi ainda enriquecida por um período sanduíche no Instituto de Psicologia, Psiquiatria e Neurociências (IoPPN) do King's College, em Londres, no Reino Unido. Durante esse período tive a oportunidade de ser supervisionado pelo Prof. Sir Graham Thornicroft, cujo auxílio no desenvolvimento das hipóteses contidas nesse trabalho foi inestimável. Sua experiência em pesquisa quantitativa, assim como sua compreensão do funcionamento da organização da assistência à saúde mental em diferentes cenários do mundo permitiu-me um grande aprendizado, assim como o convívio com outros pesquisadores sênior, júnior e doutorandos do IoPPN.

2. INTRODUÇÃO

A saúde mental é um campo essencial à área da saúde, tendo em vista a grande incidência e impacto dos transtornos mentais no Brasil e no mundo. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou que 10% da população adulta apresenta transtornos mentais, 25% das pessoas irão desenvolver algum transtorno em algum momento da vida e 20% dos pacientes atendidos nos serviços de atenção primária possuem um ou mais transtornos, associados ou não a outras condições clínicas ¹.

No Brasil, uma revisão sistemática realizada em 2010 apresentou uma prevalência de transtornos mentais entre 20% a 56%, a partir de estudos com diferentes subgrupos ². Estima-se que 3% da população apresenta transtornos mentais severos e persistentes, demandando cuidados contínuos, e 9% apresenta outros transtornos menos graves, necessitando de cuidados eventuais ³. Mari, Jorge e Kohn ⁴ delimitaram a prevalência de transtornos mentais ao longo da vida entre 31,9% e 41,3%. A mensuração da prevalência de transtornos mentais comuns em usuários de serviços de atenção primária variou de 25% ⁵ a 56% ⁶ das pessoas atendidas. Na população brasileira em geral estima-se uma prevalência de transtornos mentais comuns de 30,2% ⁷.

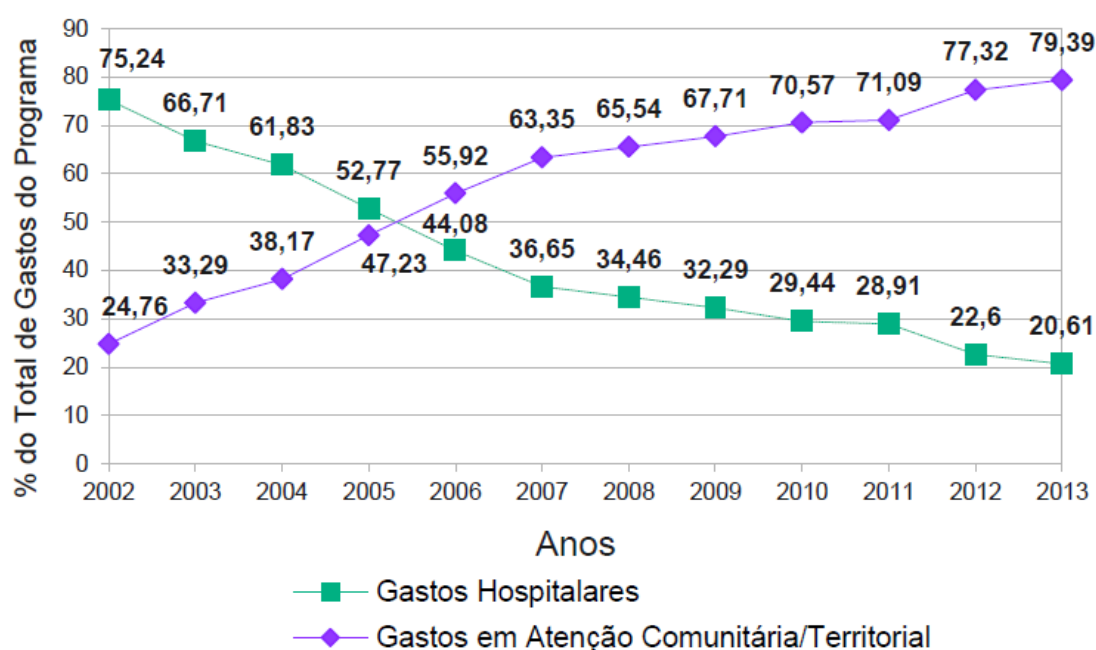
Em virtude do grande desafio que é a organização adequada do cuidado às pessoas com problemas de saúde mental, a OMS possui uma série de recomendações dirigidas à constituição de sistemas de atenção. No documento *Saúde mental: nova concepção, nova esperança* ¹ a organização elenca dez recomendações prioritárias aos sistemas de saúde mental. As diretrizes incluem tratamento na atenção básica (AB), cuidados na comunidade, acesso adequado a um elenco básico de psicotrópicos, articulação intersetorial, envolvimento dos usuários, familiares e comunidade no tratamento e planejamento dos serviços, dentre outras. As recomendações da OMS foram posteriormente operacionalizadas no instrumento *Assessment Instrument for Mental Health Systems* (WHO-AIMS), utilizado para monitorar e avaliar os sistemas de saúde mental no mundo ⁸.

No Brasil, em 2007 ocorreu uma aplicação do WHO-AIMS em âmbito nacional. O relatório da avaliação aponta a mudança em curso no modelo de atenção, destacando a progressiva redução da verba alocada para serviços hospitalares, com concomitante aumento para serviços comunitários (em especial aos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS), assim como a ampliação do orçamento destinado a psicotrópicos. Contudo, os recursos para saúde mental ocupavam apenas 5% do orçamento da saúde, ainda que tais

agravos representassem 19% da carga de doenças. A redução da verba destinada aos hospitais psiquiátricos implicou na diminuição da quantidade de leitos disponíveis, de forma que o relatório aponta a necessidade de aumentar do número de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e continuidade da expansão da rede CAPS ⁹.

Podemos afirmar que estes padrões se mantiveram ao longo dos anos seguintes. O último relatório publicado pelo Ministério da Saúde sobre atenção à saúde mental no Brasil, de 2015, destaca a continuidade da redução dos gastos hospitalares e aumento do investimento na rede CAPS (ver figura 1).

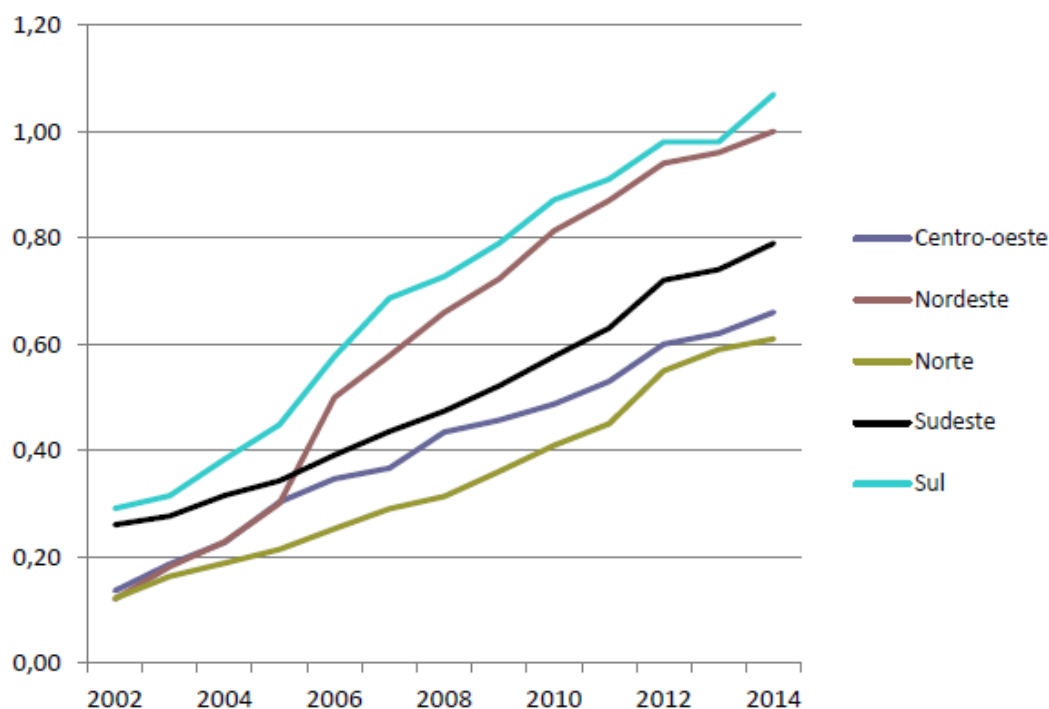
Figura 1 - Proporção de recursos federais destinados à saúde mental em serviços hospitalares e em serviços de atenção comunitária/territorial (Brasil, 2002 a 2013)



Fonte: Saúde Mental em Dados 12. Ministério da Saúde, 2015.

A priorização do aumento da cobertura de serviços extra-hospitalares tem tido como principal investimento os CAPS, serviços cuja taxa de cobertura no Brasil em 2002 era de 0,21 CAPS/100mil hab. (424 serviços) e em 2014 de 0,86 CAPS/100mil hab. (2.209 serviços) ¹⁰. Em janeiro de 2017 estavam registrados 2.795 CAPS, indicando a continuidade no crescimento do número de serviços ¹¹. Contudo, cabe destacar a existência de disparidades regionais, que permanecem apesar do aumento da cobertura nacional. No ano de 2014 as taxas regionais de CAPS/100 mil variavam de 0,61 na região Norte a 1,07 na região Sul, ainda que todas as regiões tenham apresentado avanço na cobertura.

Figura 2 – Série Histórica do Indicador Cobertura CAPS/100mil hab., por região. Brasil, 2002 a 2014.



Fonte: Saúde Mental em Dados 12. Ministério da Saúde, 2015.

Em relação a outros serviços de saúde mental, em 2014 existiam 4.620 leitos de psiquiatria em hospital geral cadastrados no SUS, o que representa uma taxa de 0,23/10.000 habitantes, também com disparidades regionais significativas ¹⁰. Em 1997, um censo identificou que 75% das enfermarias psiquiátricas localizavam-se nas regiões Sul e Sudeste ¹², ao passo que, em 2014, 80% dos leitos psiquiátricos em hospitais gerais integrados à rede de saúde mental localizavam-se nessas mesmas regiões ¹⁰, que representavam apenas 56% da população nacional ¹³. Ainda que sejam medidas ligeiramente diferentes (enfermarias psiquiátricas e leitos psiquiátricos em hospital geral), por meio desses indicadores evidencia-se a manutenção de desigualdades entre as regiões brasileiras, mesmo com a progressiva modificação das políticas de saúde mental.

Além do aumento na provisão de serviços, a coordenação nacional de saúde mental vinha investindo, até 2016, na constituição de linhas de cuidado articulando o conjunto de serviços de saúde, buscando em especial garantir a variedade necessária de dispositivos e profissionalidades, e visando à atenção integral aos diferentes agravos e níveis de gravidade dentro do escopo da saúde mental. Essas iniciativas estão representadas na proposta das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS), que descreveremos a seguir.

Redes de Atenção à Saúde e a Rede de Atenção Psicossocial

A provisão de serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido organizada em redes de atenção à saúde (RAS), que representam a implantação de uma nova lógica organizativa e a busca pela atenção integral através da articulação de vários serviços que compõem a rede. As RAS teriam como atributos principais uma população de referência, uma estrutura operacional e um modelo de atenção compartilhados pelos diferentes pontos de atenção, buscando com isso produzir interações entre os serviços de forma planejada, racional, sinérgica e sistemática ¹⁴.

Em 2011 surge formalmente uma proposta específica à saúde mental dentro das RAS: a portaria 3.088 do Ministério da Saúde estabelece a RAPS, detalhando seu objetivo, sua composição de serviços e orientações de diagnóstico de necessidades, à semelhança de outras redes temáticas constituídas anteriormente. A proposta fundamenta-se na “criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde 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” ¹⁵.

No campo da saúde mental, a proposta de uma rede articulada de serviços não é novidade, ganhando força desde a década de 1970, como uma das proposições da Reforma Psiquiátrica no campo assistencial ¹⁶. É um desdobramento das mudanças na perspectiva epistemológica e clínica sobre a loucura, na qual ocorre um aumento da complexidade do objeto de intervenção da psiquiatria e demais saberes da saúde mental, o que por sua vez demanda também o aumento da complexidade da rede assistencial ¹⁷. As novas dimensões que passam a integrar o cuidado à saúde mental exigem serviços diversificados, com um funcionamento articulado para produzir o acompanhamento na comunidade de forma eficaz e responsável. Desse modo, propõe-se um sistema que substituísse o modelo manicomial, deslocando o lócus da atenção dos hospitais psiquiátricos para um conjunto de serviços abertos, de base territorial e funcionamento integrado às outras instâncias da vida social de seus usuários.

A proposta da RAPS representa, portanto, a convergência de iniciativas de gestão integrada de serviços no SUS, com as rupturas propostas na Reforma Psiquiátrica Brasileira ^{18,19}, defendendo um sistema ordenado pela atenção básica, composto majoritariamente de serviços abertos, de base territorial e funcionamento integrado às outras instâncias da vida social de seus usuários, porém com suporte hospitalar de internações breves e leitos integrados ao funcionamento do restante da rede.

A RAPS conta com os seguintes componentes: **Atenção Básica em Saúde:** unidades básicas de saúde, consultórios de rua e centros de convivência; **Atenção Psicossocial Especializada:** CAPS I, II e III, nas modalidades Adulto, Infantil e AD; **Atenção de Urgência e Emergência:** SAMU, assim como o acolhimento de urgência realizado pelos CAPS III; **Atenção Residencial de Caráter Transitório:** comunidades terapêuticas, e as unidades de acolhimento provisório para usuários de drogas; **Atenção Hospitalar:** enfermarias especializadas e leitos de internação em hospitais gerais; **Estratégias de Desinstitucionalização:** residências terapêuticas destinadas a egressos de longa permanência dos hospitais psiquiátricos; **Reabilitação Psicossocial:** cooperativas sociais e outros espaços de geração de trabalho e renda.

O grau de implantação e a amplitude das redes de saúde mental apresentam-se bastante variados nos diferentes estados e municípios brasileiros, mesmo antes da instituição da portaria 4.088/11. Contudo, não temos avaliações sistemáticas sobre o funcionamento dessas variadas redes. Segundo revisões de literatura recentes acerca da produção no campo de avaliação em saúde mental, a produção nacional apresenta-se ainda concentrada na análise de serviços isolados, sendo escassa a incorporação de aspectos de integração dos serviços^{20,21}. Há uma predominância na avaliação dos serviços CAPS, assim como um investimento importante na investigação da articulação destes serviços com a Atenção Primária²²⁻²⁴. Contudo, avaliações que incluem a interlocução com outros serviços são raras.

A maioria dos trabalhos que reivindicam “avaliações de rede” restringe-se, na verdade, a avaliações de um conjunto de serviços de mesmo tipo. Encontramos na literatura algumas avaliações da “rede de CAPS”, em diferentes níveis de abrangência: Onocko-Campos e cols.²⁵ avaliaram os serviços de Campinas-SP, enquanto Kantorsky e cols.²⁶ avaliaram os CAPS da região Sul do Brasil. Uma avaliação normativa realizada em 84 CAPS do estado de São Paulo²⁷ identificou uma série de desconformidades com a legislação, ao passo que outra pesquisa analisou o perfil de atendimento dos CAPSi do Brasil²⁸. Todas essas pesquisas apresentam um amplo escopo, incluindo vários serviços como objeto, porém não têm como objetivo o funcionamento sistêmico destes com os demais dispositivos da rede.

De modo semelhante, encontramos também avaliações de abrangência nacional em relação a outros tipos de serviço: a disponibilidade e perfil de utilização dos leitos psiquiátricos foi alvo de uma investigação em 2004²⁹, e os serviços residenciais terapêuticos foram avaliados em estudo de Furtado³⁰. Trabalhos sobre saúde mental na

atenção básica são bastante numerosos, representando 19% dos artigos da primeira revisão sobre avaliação em saúde mental mencionada ²⁰, e 14% da segunda revisão ²¹. Porém, percebemos que o objeto de tais avaliações é, novamente, o funcionamento de um único tipo de serviço, ou a percepção que profissionais ou usuários têm em relação à articulação dos serviços básicos com outros dispositivos.

Algumas análises tentaram abarcar mais de um componente das redes, porém restringem-se a uma apresentação descritiva de aspectos de estrutura, como medidas de capacidade ou de equipe. Um trabalho derivado da aplicação do WHO-AIMS no Brasil apresenta informações sobre a disponibilidade de profissionais e serviços (incluindo CAPS, leitos psiquiátricos e serviços residenciais terapêuticos), e do uso dos leitos psiquiátricos no Brasil ³¹. Outra avaliação, da rede de atenção à saúde mental infantil, descreve a disponibilidade de serviços de saúde mental, atenção primária, educação e conselhos tutelares, também em âmbito nacional ³². Todavia, a necessidade de incorporar nas avaliações a integração, continuidade e integralidade do cuidado como parâmetros de qualidade das redes é um desafio que exige metodologias de avaliação não-tradicionais³³, ainda escassas na literatura.

Redes de saúde como objeto de pesquisa

Após essa apresentação breve do panorama das avaliações em saúde mental no Brasil, podemos argumentar que esse segmento do campo da avaliação em saúde tem se desenvolvido como tema de estudo, em variadas aproximações a um objeto de alta complexidade que é a atenção em saúde mental. Por outro lado, em decorrência das mudanças disparadas pela Reforma Psiquiátrica, assim como por estratégias de qualificação do sistema de saúde de forma geral, observamos que as redes de atenção são um tema bastante atual. Apresentam, inclusive, desafios em sua definição conceitual, sendo ainda observadas caracterizações vagas e ambíguas na literatura corrente ³⁴. Para registrar evidências dos efeitos práticos das redes, assim como das aproximações entre a idealidade conceitual e normativa com a materialidade das redes no SUS, são necessários desenhos de investigação que consigam captar seu caráter dinâmico e sistêmico.

O termo “rede” apresenta uma polissemia que o caracteriza como um *transconceito*: termo com definições múltiplas, por vezes divergentes, mas com efeitos de verdade relativos em diferentes campos. O prefixo *trans* demarca a extrapolação dos limites de um único domínio disciplinar ³⁴. Desse modo, seu uso na saúde coletiva não faz referência apenas ao formato de organização de serviços estabelecido pelas

normativas do Ministério da Saúde, apresentando na verdade uma utilização como metáfora ou conceito influenciado por acepções da sociologia, filosofia, psicologia ou mesmo do senso comum. Em meio a tal pluralidade de usos e concepções, faz-se necessária uma explicação que localize as “redes” enquanto objeto de investigação dentro de um delineamento teórico e metodológico específico nesse trabalho.

As diferentes definições de rede de saúde apresentam um núcleo semântico comum com a noção do senso comum sobre as redes: a ideia de que algo é produzido por meio do contato, comunicação, interligação, entrelaçamento ou outras formas de relação entre elementos, estabelecendo novas possibilidades com base na estrutura assim gerada. Na literatura específica do campo da saúde coletiva, encontramos alguns exemplos de modelos de avaliação e pesquisa de redes de saúde, que trazem o reconhecimento de dimensões específicas das redes enquanto enfoques de análise importantes. A ponderação sobre modelos é importante, uma vez que:

(...) as definições, conceitos e categorias analíticas usadas para definir ou analisar os sistemas de saúde variam segundo valores, princípios e concepções sobre o que é saúde e qual o papel do Estado (responsabilidade) em relação à saúde. (...) A maneira como os problemas de saúde das populações são estruturados determinará os tipos de evidência que serão consideradas relevantes e o que será descartado. As implicações políticas surgem dessas evidências e não do quadro de referência per se. E os modelos implícitos ou explícitos de análise definem e incluem (ou excluem) categorias que são relevantes para determinado referencial e não para outros.^{35:713}

Um modelo especialmente útil à nossa análise, uma vez que se centra no subsistema da saúde mental, é a Matriz de Saúde Mental, desenvolvido por Thornicroft e Tansella^{36,37}. O modelo parte da concepção de que a atenção à saúde mental exige um conjunto de serviços de diferentes naturezas e intervenções multiprofissionais, de forma que a ausência ou mau funcionamento de determinados “componentes” no sistema implica na sobrecarga ou uso inadequado de outros componentes³⁸. Por isso, os autores defendem um modelo integrado de análise do sistema de saúde mental que englobe a totalidade de componentes do sistema, descrita como *whole system approach* (abordagem do sistema completo). Para tanto, propuseram um marco lógico para avaliar a rede de serviços sob diferentes prismas, no entrecruzamento de duas dimensões de análise: tempo e espaço. A dimensão temporal indica uma sequência de eventos, identificados como estrutura, processo e resultado. A dimensão de espaço refere-se a três níveis geográficos de análise: nacional/regional, local e individual.

Nesse modelo, entende-se por *estrutura* as normas, orçamento, quadro de pessoal, distribuição de recursos e cobertura dos serviços. Por *processos* temos a análise dos fluxos de usuários, a resolutividade dos pontos de atenção, o uso de leitos, quantidade de consultas, etc. Como *resultados* propõem-se indicadores relativos ao perfil de morbimortalidade dos pacientes, padrões de alta, de *recovery*^a e de incapacidade, e taxas de desemprego^{36,37}.

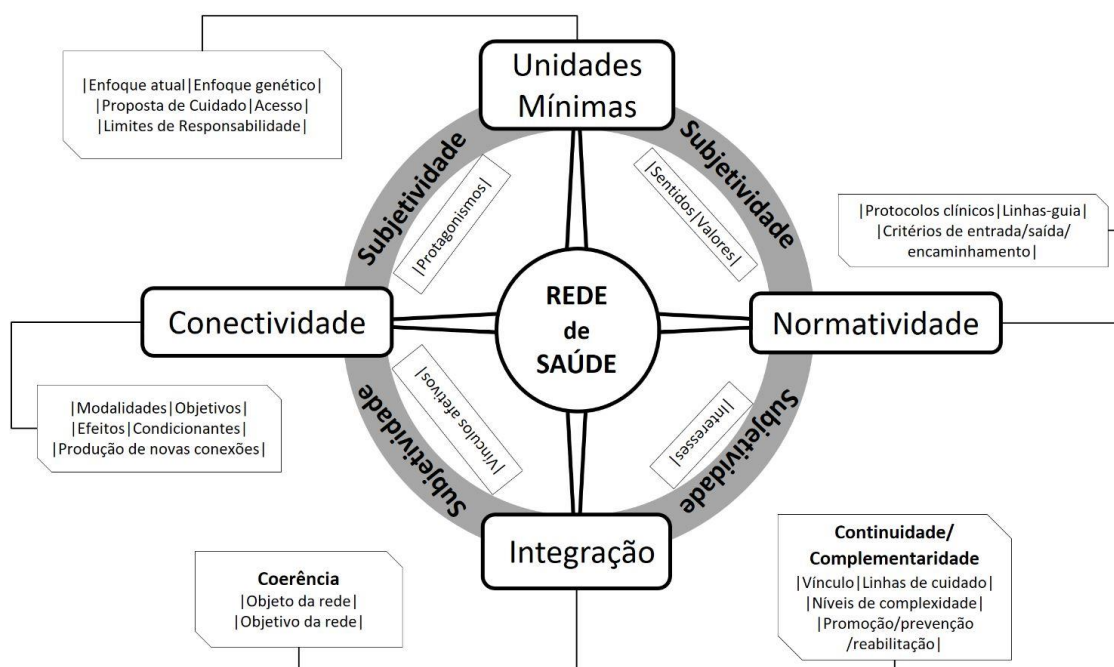
Os *níveis geográficos* representam diferentes possibilidades de escopo das informações referentes a um sistema de saúde mental. O *nível local* é estabelecido segundo divisões funcionais da responsabilidade dos serviços, que podem incluir um município inteiro, ou setores divididos com base em população ou fronteiras administrativas e de níveis de gestão dos serviços. Esse nível se presta melhor para o planejamento, monitoramento e avaliação do sistema de saúde mental, sendo informado tanto por dados mais amplos do nível nacional/regional, como por meio de informações dos pacientes, que constituem o nível individual. O *nível nacional/regional* permite estabelecer o contexto de funcionamento dos serviços locais, que inclui o aspecto sócio-político referente às representações da sociedade frente à saúde mental e a formulação das respectivas políticas sociais e de saúde. Já o *nível individual*, chamado também de “nível do paciente”, representa a escala da relação clínica com os usuários, grupos e famílias, agregada a uma perspectiva epidemiológica^{36,37}.

A possibilidade de combinação de diferentes níveis de análise nos parece particularmente interessante nesse modelo, assim como a ênfase na interrelação entre diferentes etapas e serviços da atenção em saúde mental. Contudo, a divisão entre níveis geográficos e temporais implica em um movimento unidirecional, em cascata, em direção ao momento de resultados no nível individual. Conforme os autores argumentam, o objetivo final de um sistema de atenção é a produção de mudanças no estado de saúde dos indivíduos, de forma que todas as etapas deságuam nesse nível^{36,37}. Ainda que concordemos com tal premissa, a restrição das relações entre as etapas de forma descendente encobre outras relações possíveis entre elas. A possibilidade de diferentes planos se articularem em recursão é algo que não se encontra contemplado no modelo de matriz de saúde mental.

^a O conceito de *recovery* substitui as noções de cura e remissão de sintomas como objetivos do tratamento em saúde mental, ancorando-se em noções subjetivas das pessoas em sofrimento psíquico acerca de suas metas de recuperação e desenvolvimento das funções psíquicas, físicas e sociais no funcionamento cotidiano.⁶⁹

Por fim, destacamos o modelo de análise de redes que desenvolvemos em trabalho anterior ³⁹ para investigação da rede de saúde mental de Fortaleza ⁴⁰. Esse modelo apresenta cinco dimensões, representadas na figura abaixo e descritas em seguida:

Figura 3. Dimensões de Análise de Redes de Saúde.



Fonte: AMARAL; BOSI, 2017.

Unidades Mínimas: caracterização dos pontos fixos a partir dos quais ocorrem as conexões da rede, por meio de um *enfoque genético*, que demonstra a história dos acréscimos, remoções e substituições dos elementos na rede; e um *enfoque atual*, que inclui a descrição do que constitui a rede, suas quantidades e qualidades técnicas. Além disso, inclui a explicitação da proposta de cuidado de cada ponto, delimitação suas zonas de ação, limites de responsabilidade e qualidade do acesso.

Conectividade: representa as modalidades e efeitos das relações estabelecidas entre as unidades mínimas; engloba também a capacidade de estabelecer novas conexões. Desse modo, são identificadas tanto conexões atuais, como os movimentos generativos para estabelecer novos tipos de relações, e os elementos que facilitam ou dificultam essa fluidez.

Integração: aspecto concernente aos efeitos do conjunto das unidades mínimas e suas relações, não explicados por suas características individuais isoladamente. Inclui os processos implicados na construção de um objeto de trabalho compartilhado, com acordos entre o fluxo e responsabilidade sanitária de cada unidade. Para que essa construção seja

eficiente, é necessário um acordo acerca da natureza desse objeto, assim como dos objetivos das ações; uma *coerência* entre os sistemas de representações e valores das pessoas envolvidas, de forma a permitir sua comunicação e cooperação para a ação comum ⁴¹. Além disso, a integração demanda a organização coordenada das intervenções ao longo do tempo, de modo a responder às necessidades dos usuários em diferentes momentos da vivência do transtorno mental/sofrimento psíquico. A recorrência e estabilidade do acompanhamento na rede ao longo do tempo representa a subdimensão *continuidade*, enquanto a conjugação de diferentes recursos, profissionais e serviços, cuja sinergia busca a integralidade do cuidado, representa a subdimensão *complementaridade*.

Normatividade: indica a construção e adesão a diretrizes clínicas, linhas de cuidado e estabelecimento de critérios formais ou informais de encaminhamento, entrada e saída de cada ponto da rede. A inclusão dos fluxos e circuitos não formalizados que existem em qualquer serviço de saúde, representa a necessidade de inovação frente a situações imprevistas, e a singularidade de cada pessoa em seu processo de adoecimento. A identificação desses espaços não totalmente normatizados reconhece o potencial instituinte da rede, ao romper com as relações preestabelecidas para estabelecer novas conexões mais adequadas à situação particular enfrentada.

Subjetividade: Decorre do reconhecimento de que as ações em saúde ocorrem por meio da participação ativa das pessoas envolvidas (sejam elas profissionais, usuários ou gestores) e compreender o que orienta tais ações é fundamental para compreender seus resultados ⁴². Inclui representações, vínculos e valores, pessoais, organizacionais e culturais, operantes na rede, considerando que as ações em saúde não são constituídas apenas por uma racionalidade técnica, uma vez que aspectos afetivos envolvidos na construção de seus sentidos individuais e coletivos ⁴³.

A partir do modelo de matriz de saúde mental e o modelo analítico de redes, delineamos dimensões complementares à análise individualizada de serviços. A pertinência de operacionalizar as preocupações presentes nesses modelos na análise das redes de saúde mental no Brasil nos provocou as seguintes perguntas: “Como tem ocorrido a articulação dos componentes atenção básica e atenção especializada na RAPS de diferentes municípios, e quais os efeitos e determinantes dessa integração?”

3. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Avaliar a articulação dos componentes atenção básica e atenção especializada nas redes de atenção psicossocial dos municípios de Campinas e Fortaleza.

Objetivos Específicos

1. Sistematizar os padrões de itinerários terapêuticos em saúde mental no Brasil identificados na literatura.
2. Descrever e comparar índices concernentes à assistência à saúde mental na atenção básica em diferentes municípios brasileiros.
3. Identificar como se distribuem os usuários do CAPS em relação às possíveis vias de acesso ao serviço, bem como identificar fatores associados ao acesso via demanda espontânea e via encaminhamento pela AB.
4. Descrever a proporção de usuários do CAPS que receberam tratamento de saúde mental na AB, a frequência de detecção inicial do problema de saúde mental ocorrida nesse nível de atenção, e identificar fatores associados a receber tratamento na AB.

4. METODOLOGIA

A presente pesquisa foi realizada por meio de uma revisão sistemática de literatura sobre padrões de itinerário terapêutico em saúde mental no Brasil, por meio da análise de dados de sistemas de informação em saúde, e por um estudo transversal com dados oriundos do “projeto AcesSUS - Inquérito sobre o acesso a partir da atenção básica, o funcionamento e a utilização da atenção especializada para quatro condições traçadoras em quatro grandes cidades brasileiras”.

Revisão sistemática

A revisão sistemática foi utilizada no artigo “*Systematic review of pathways to mental health care in Brazil: a narrative synthesis of quantitative and qualitative studies*”. A revisão foi realizada na modalidade Síntese Narrativa ⁴⁴, na qual a abordagem narrativa é utilizada para construir articulações de sentido entre resultados, em vez de uma abordagem estatística das informações. Tal procedimento permite a análise integrada de estudos qualitativos e quantitativos.

Análise de dados de sistemas de informação

Os dados dos sistemas de informação foram utilizados no artigo “*Ações de saúde mental na atenção básica de quatro municípios brasileiros de grande porte: comparação de indicadores de sistemas de informação e dados de inquérito em serviço*”. A base de dados do sistema e-gestor, do Ministério da Saúde, foi utilizada para descrever a cobertura de atenção básica e de estratégia de saúde da família. O Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIASUS) foi utilizado para construir indicadores dos atendimentos realizados por psiquiatra e por psicólogo na atenção básica. Foram construídas séries históricas breves, do período de 2010 a 2015, no intuito de contextualizar as variações na cobertura da AB e ESF, e as variações nas razões de procedimentos de saúde mental por habitante, realizados por psiquiatras e por psicólogos lotados em serviços da AB.

Foram utilizados dados referentes a quatro municípios: Campinas, Fortaleza, Porto Alegre e São Paulo. A inclusão de um número mais amplo de municípios buscou fornecer mais elementos para comparação, auxiliando no destaque às diferenças observadas em cada rede local. Além disso, buscou-se complementar a análise com o uso

de dados de estudo transversal, desenvolvido o projeto AcesSUS, cuja base de dados incluía informações dos quatro municípios.

Estudo transversal

Foram utilizadas informações do banco de dados do estudo transversal que compôs uma das etapas da pesquisa AcesSUS. Esse estudo foi realizado por meio de inquérito em serviços CAPS dos municípios de Campinas, Fortaleza, Porto Alegre e São Paulo.

Em Campinas e Fortaleza, foram entrevistados usuários em acompanhamento no CAPS, que chegaram a esses serviços encaminhados pela atenção básica (n=102 em Campinas, n=167 em Fortaleza), e que chegaram por outras vias de acesso, tais como demanda espontânea, encaminhamento de hospital geral ou psiquiátrico, prontos-socorros, ambulatorios e etc. (n=288 em Campinas, n=426 em Fortaleza). O total de pessoas entrevistadas corresponde a 390 usuários em Campinas, e 593 em Fortaleza.

As informações referentes a esses usuários foram utilizadas em três artigos da tese: *“Ações de saúde mental na atenção básica de quatro municípios brasileiros de grande porte: comparação de indicadores de sistemas de informação e dados de inquérito em serviço”*; *“Itinerários terapêuticos até o CAPS: origens dos encaminhamentos em Campinas e Fortaleza e fatores associados”*; *“Fatores associados ao tratamento em saúde mental na atenção básica para pessoas em acompanhamento no CAPS”*.

Em Porto Alegre e São Paulo, foram entrevistados apenas usuários em acompanhamento no CAPS oriundos de encaminhamento via atenção básica (n=351 em Porto Alegre, n=297 em São Paulo). As informações referentes a esses usuários foram utilizadas apenas no artigo *“Ações de saúde mental na atenção básica de quatro municípios brasileiros de grande porte...”*.

Detalhes acerca da amostragem em cada município podem ser encontradas no *website* da pesquisa AcesSUS.^b

A metodologia utilizada em cada artigo, incluindo o desenho de pesquisa e os processos de coleta e análise de dados, encontram-se desenvolvidos nas respectivas seções de cada estudo. O questionário completo está disponível no anexo 1.

^b <http://www.fcm.unicamp.br/acessus/metodologia/inquerito-amostragem>

5. RESULTADOS

Apresentamos a seguir os quatro artigos que compõem a tese:

- **Artigo 1:** Systematic review of pathways to mental health care in Brazil: a narrative synthesis of quantitative and qualitative studies
- **Artigo 2:** Ações de saúde mental na atenção básica de quatro municípios brasileiros de grande porte: comparação de indicadores de sistemas de informação e dados de inquérito em serviço.
- **Artigo 3:** Itinerários terapêuticos até o CAPS: origens dos encaminhamentos em Campinas e Fortaleza e fatores associados
- **Artigo 4:** Fatores associados ao tratamento em saúde mental na atenção básica para pessoas em acompanhamento no CAPS

Title: Systematic review of pathways to mental health care in Brazil: narrative synthesis of quantitative and qualitative studies

Authors: Carlos Eduardo Amaral¹, Rosana Onocko-Campos¹, Pedro Renan de Oliveira², Mariana Barbosa Pereira¹, Éllen Cristina Ricci¹, Mayrá Lobato Pequeno³, Bruno Emerich¹, Roseléia Carneiro dos Santos³, Graham Thornicroft⁴

¹ Department of Collective Health, School of Medical Sciences, University of Campinas, Campinas, Brazil

² Department of Psychology, Federal University of Ceará, Fortaleza, Brazil

³ Department of Community Health, Federal University of Ceará, Fortaleza, Brazil

⁴ Centre for Global Mental Health, Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College London, London, United Kingdom.

Running head: Pathways to mental health care in Brazil: a review

Corresponding author

Name: Carlos Eduardo Amaral

Phone: +55 (85) 999600624

Fax: +55 (85) 30220624

Email: caduamaral@gmail.com

Address : Rua José Vilar 2720 apto 102. Bairro Dionísio Torres. Fortaleza, Ceará, Brasil.
CEP 60125-001

Artigo 1. Systematic review of pathways to mental health care in Brazil: narrative synthesis of quantitative and qualitative studies

Authors: Carlos Eduardo Amaral¹, Rosana Onocko-Campos¹, Pedro Renan Oliveira², Mariana Barbosa Pereira¹, Ellen Cristina Ricci¹, Mayrá Lobato Pequeno³, Bruno Emerich¹, Roseléia Carneiro dos Santos³, Graham Thornicroft⁴

¹ Department of Collective Health, School of Medical Sciences, University of Campinas, Brazil

² Department of Psychology, Federal University of Ceará, Brazil

³ Department of Public Health, Federal University of Ceará, Brazil

⁴ Centre for Global Mental Health, Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College London, United Kingdom

Abstract

Introduction: Pathways to care are actions and strategies employed by individuals in order to get help for health-related distress and the related processes of care providers. On several systematic reviews regarding pathways to mental health care (PMHC), there were no studies regarding South American countries. This review synthesizes qualitative and quantitative research about PMHC in Brazil.

Methods: LILACS, MEDLINE and SCIELO databases were searched for papers regarding PMHC in Brazil. The results were organized in pathway stages, based on Goldberg and Huxley's 'model of Levels and Filters' and on Kleinman's framework of 'Popular, Folk and Professional health sectors'. Analysis also considered the changes in national mental health policy over time.

Results: 25 papers were found, with data ranging from 1989 to 2013. Complex social networks were involved in the initial recognition of MH issues. The preferred points of first contact also varied with the nature and severity of problems. A high proportion of patients is treated in specialized services, including mild cases. There is limited capacity of primary care professionals to identify and treat MH problems, with some improvement from collaborative care in the more recent years. The model for crisis management and acute care remains unclear: scarce evidence was found over the different arrangements used, mostly stressing lack of integration between emergency, hospital and community services and fragile continuity of care.

Conclusions: The performance of primary care and the regulation of acute demands, especially crisis management, are the most critical aspects on PMHC. Although primary care performance seems to be improving, the balanced provision and integration between services for adequate acute and long-term care is yet to be achieved.

Keywords: pathways to care; clinical pathways; systematic review; public health; mental health policy.

Background

Pathways to care, pathways of care, help-seeking pathways, clinical pathways and therapeutic itineraries are similar (and sometimes overlapping) concepts that refer to the actions and strategies employed by individuals in order to get help for health-related distress[1–5], and/or the related processes of care providers. The actions include attempts to contact other individuals and organizations, both from the formal health system (such as health professionals and services) and other non-statutory agents, such as traditional healers, lay care and social support.

The relevance of clinical presentation, patient choice, system regulation, legitimacy of informal care, and subjective, social and cultural influences on preferred courses of action varies in different definitions of the concept. Evans-Lacko et al.[4] argue that the two essential components on different definitions of pathways to mental health care (PMHC) are the types of services and interventions provided; and a timeline assumption of their provision. Pescosolido[2] distinguished two approaches in the research on help seeking pathways: the “contingency” approach, that describes and correlates service usage with clinical and sociodemographic profiles of patients, and the “process oriented” view, that focuses on social and interpersonal processes that affect help seeking behaviour in the community and in the health system.

Cabral et al.[5] identified three main uses for the concept of therapeutic itineraries: the first focused on patient’s perception about illness and how it affects help seeking (patient’s viewpoint); another focused on identifying barriers and gaps in health system accessibility and referral arrangements (system’s viewpoint); and a third integrative approach that considers patient’s actions as part of a socio-economic context that

iteratively produces preferred choices and concrete possibilities for both service utilization and informal care (contextual approach).

The characterization of PMHC in the literature can include different ranges of formal and informal care; such pathways might be directed toward specific diagnostic groups or general mental health issues; may be interested in the first contact sought or accessed after feeling distressed, focus on the sources of referral to specialized mental health (MH) care, or trace an exhaustive account of all contacts in retrospective or longitudinal format. The scope of data may be qualitative case studies of an individual's itinerary, provider, city or country-level patterns of service usage or cross-country comparisons [6–10].

A review of pathways in first episode psychosis (FEP) highlighted that the variety of measures used to report the itineraries compromise direct comparison[11]. This overview found that health professionals are usually the first point of contact, and contact with non-statutory agencies is rare, but in both settings the delay until appropriate care is achieved is considerable. The study also concluded that the cultural determination of pathways of care has not been supported by robust evidence.

Other more recent review of FEP pathways found that physicians were the most common points of first contact, but the most frequent referral source to mental health care were emergency services[12]. The review found inconsistent evidence regarding the effects of gender, colour/ethnicity and socio-economic indicators both on the point of first contact and the referral source to specialized mental health care. These findings differed both between and within countries. The same inconsistencies also applied to putative associations between longer duration of untreated psychosis (DUP) and place of first contact or referral source.

A review of eight studies using the World Health Organization Encounter Form performed a meta-synthesis on the information of pathways to care for all mental disorders for 23 countries[10]. The paper analysed the time from onset of the MH problem to initial search for care (mean 10.5 days; sd: ± 16.7), time until first psychiatric care (mean 5.8; sd: ± 7.1), self-referral rate to psychiatric services (around 30%), diagnosis (32% neurotic, 21% psychotic, 20% affective disorders), and main point of access to psychiatric care (GPs in 39% of the cases, hospital doctors in 20%). However, the results varied greatly depending on context, due to differences in health systems' design, service provision and cultural values.

There were no studies from Brazil or any other South American country reported in the three reviews cited, and Mexico and Cuba were the only Latin American countries reporting data, both from the same cross cultural study[7]. This demonstrates a knowledge gap about Latin America, including Brazil, regarding such pathways.

Brazil's mental health system and policies

Brazil is a higher middle income country, with a GDP per capita of US\$8,700[13], a population around 200 million in 2017[14] and extremely high income inequality, with a 51.3 GINI index[15]. The country is divided in five regions, with the Southeast and South regions being more economically developed than the North and Northeast regions, which in turn also have worse Human Development Indices.

Since 1988 the country has had a universal health system, but with a strong presence of the private sector in health care. Around 25% of the population have private health insurance [16], but there is usually a mixed usage of public and private services[17]. There has been a consistent investment in primary health care in the public sector, with a

national coverage rate in 2017 of 74% of the population, but with severe regional disparities[18] .

Mental health care is part of the public health system, being primarily community-based, with diminishing presence of psychiatric hospitals. Mental health policy has suffered major changes in the past four decades. Until the 1980s the MH system was based primarily in psychiatric hospitals, supported by ambulatory care. In the following years, a growing social movement led by professionals' and patient's associations began to question the ethics and efficacy of the asylum-based model, exposing widespread human rights violations occurring inside psychiatric hospitals[19]. Those actions developed into the Brazilian Psychiatric Reform movement, and in 1987 the first "experimental" community services were created. In 1992 a regulation from the National Ministry of Health made community MH services (*Centros de Atenção Psicossocial* - CAPS) a national policy, and in 2001 a federal law prohibited the creation of new beds in psychiatric hospitals, in order to force a shift in the federal budget towards community services.

In 2006, for the first time the MH budget ratio favoured community care, with 56% of the allocated federal budget, showing a steady increase and reaching 79% in 2013. In 2008 a policy created teams to support primary care staff (*Núcleos de Apoio à Saúde da Família* – NASF) with professionals from different specialties, including MH. From 2011 onwards integrated MH care networks were officially advocated by federal government policies (*Redes de Atenção Psicossocial*), encouraging service integration and variability on the different provider levels (municipal, state and federal levels).

Although CAPS and NASF are currently the main services in the national policy, there are also other services that provide ambulatory care, independently or integrated with

psychiatric hospitals. MH crisis are handled primarily in psychiatric hospitals, psychiatric units in general hospitals and in a specific category of 24-hour community MH services (type III CAPS). While there are national and local mental health policies, the State has weak regulatory power over the way the services perform, prevailing autonomy in clinical practice. These aspects, along with insufficient service coverage, cause a lot of variability on service availability and singular patterns of MH itineraries in each municipality.

The objective of this review was to explore the characteristics of pathways to mental health care in Brazil, synthesizing quantitative and qualitative research. The specific objectives were to articulate the results with different national mental health policies adopted over time, and to highlight evidence for each pathway stage.

Methods

A large variety of study methods and designs addressing PMHC have been used, including qualitative and quantitative studies. Since the PMHCs have considerable sensitivity to context, such broad approach is surely beneficial. However, the traditional systematic review methods would not suffice in analysing and integrating such diversity. Therefore we used a narrative synthesis, in which a narrative approach is used to integrate evidence, since a statistical approach would be insufficient to handle the results from all relevant sources[20].

The initial search was performed in LILACS, MEDLINE and SCIELO databases, from August to December 2017. Appendix 1 presents details on the search strategies.

The search had no date or language restrictions; included empirical studies using any method or design, either exclusively on mental health conditions or at least with separate data and discussion for those conditions, on any age group, performed integrally or

partially in Brazil. Studies of any mental disorder were included, encompassing severe and common mental disorders, psychiatric/psychological symptoms, mental suffering, autism and Alzheimer. However, substance abuse, mental paralysis and mental retardation were excluded, since there is a much different array of health services destined specifically for these conditions. Studies of informal or folk care providers were included only if the study authors or participants explicitly matched the nature of the distress with a mental health condition described in the inclusion criteria. The screening also considered the following subthemes associated with the concept of PMHC: access; accessibility; globality, continuity of care; and service integration. Appendix 2 details the inclusion and exclusion.

Each study was screened for title and abstract by a pair of independent reviewers (either MLP and BE, or MBP and ECR), and the full text assessment was done by a new pair of reviewers (either PRO and MLP, or CEA and RS). In each stage, any disagreements were settled by independent assessment from a member of the other revision pair.

Quality appraisal was performed using the appropriate Critical Appraisal Skills Program (CASP) checklists, according to each study's design. One qualitative study was discarded for missing essential information on the description of the research scenario, sampling methods and analysis framework.

Data analysis

The studies were categorized based on an adaptation of the Levels and Filters Model, originally designed by Goldberg and Huxley[1]. This model describes the pathway between the community and specialized mental health care, with some events being considered filters to move from one level to the next: the decision by the patient to seek medical help; the recognition of a mental health problem by the general practitioner (GP);

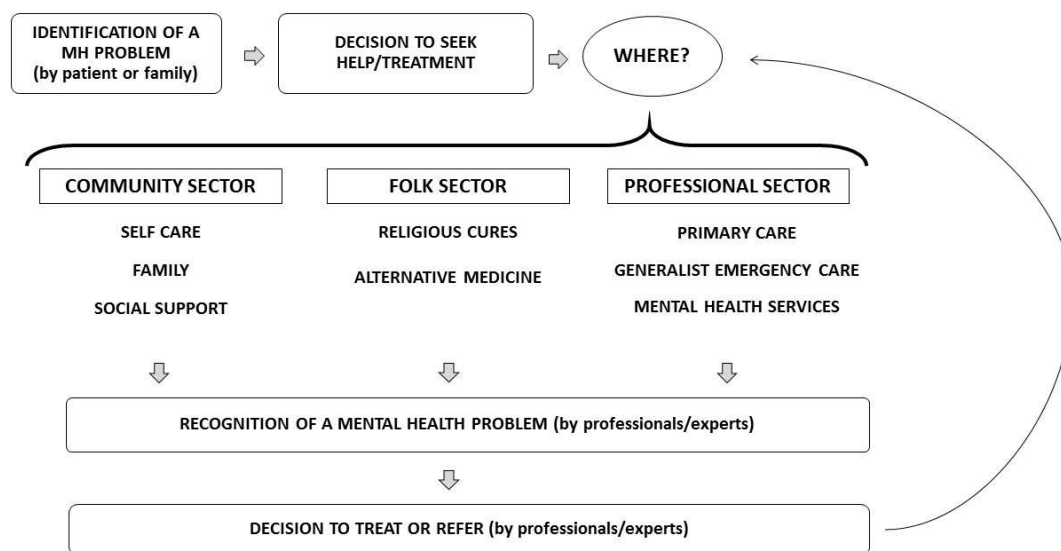
the decision by the GP to provide care or refer to specialized care; the decision by the psychiatrist to provide care. The stages of the model are complementary, although when analysed separately they might shed light in important barriers to mental health care. However, a few modifications on the model were necessary for analytical purposes and adaptation to the Brazilian context.

The first change is due to Brazil's mental health system design, where direct access to specialized MH care, without primary care acting as a filter, is a standard event. Emergency services (both general health and psychiatric) are responsible for a large amount of the referrals to community MH services and other psychiatric outpatient services. Hence, we had to dismiss the notion of primary care as the first logical step in the patient's decision to consult, and acknowledge instead the decision of **where** to look for care. Secondly, we considered relevant to include other sources of care besides the formal health system. In this aspect, Kleinman's framework[21] of a health system comprised of the professional, folk and popular sectors seemed appropriate to organize our data. Finally, we gave more relevance to the family role in the initial stages of help seeking, in order to address some criticism regarding the model inadequately explaining patients' behaviour when refusing care[11].

Therefore, we added a stage consisting of the decisions by patients (or their families) to seek care from different agents, which may include, in addition to the formal health system, religious and secular healers, self-help and peer-support strategies, family members and other forms of social support. The overview of the adapted model can be seen in the Figure 1.

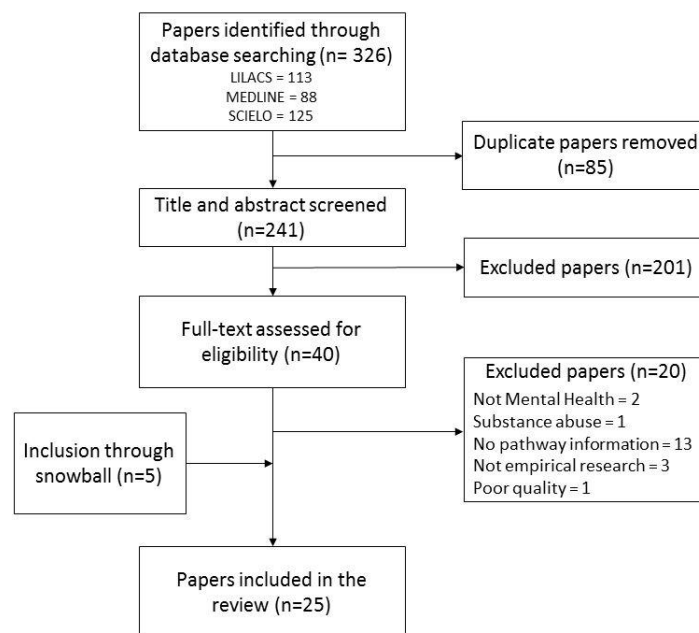
Relevant data of the reviewed studies were aggregated and compared within each stage. Each study provided data for at least one stage, but inclusion in more than one stage was also possible.

Figure 1 – Analytical Model



Results

The initial search strategy identified 326 references, which 241 remained after duplicate removal. After title and abstract screening 40 papers were considered in full text assessment, and 21 studies were to be included, but one was discarded for poor quality. The references of these papers were screened for additional studies; experts and authors of studies that appeared to have additional data of interest were contacted. After this process 5 additional sources were included. See Figure 2 for the complete flowchart. Authors were also contacted to clarify the period of data collection when the papers did not provide clear information.

Figure 2 – Study Selection Flowchart

The studies ranged widely in terms of design and objectives. Several definitions of pathways to care were found, but there was no usage of any standardized measures. The papers also varied regarding the objectives: most did not have the description of the pathway of care as main goal, but data of interest for one or more stages of our analytical model.

Out of the 25 studies, 9 were quantitative (7 cross-sectional and 2 longitudinal designs), 14 were qualitative and 2 were mixed-methods. All qualitative studies used individual interviews for data collection. As additional sources, 2 studies also used focus groups and 2 performed participant observation.

The papers were published between 1999 and 2017. The studies' data collection period ranged from 1989 to 2013, and nearly all studies (n=23) were performed after 2001, when the Psychiatric Reform Law was signed. Over a third of the studies occurred after the Mental Health Integrated Networks policy was approved, and a single study pre-dates the

CAPS' national policy, approved in 1992. The distribution of the studies per year and MH policy period is available in Appendix 2.

In total, evidence from at least 26 cities was provided, with 15 municipalities located in the southeast region, and 11 of those specifically in the state of São Paulo. This concentration is due to one study that targeted 8 different cities in this state. The city of São Paulo, capital of the State of São Paulo, was the most studied municipality (8 papers), which can be explained by the city's relevance as Brazil's major economic, scientific and populational centre. A single study from the North region was found, in one city. Some studies did not disclose the city or cities researched. Only 7 papers reported local service provision, in order to provide better context for the findings. Data on research scenarios can be found in Table 1.

Table 1 – Studies' references and researched cities by region and state.

Region†	State‡	Number of researched cities	Studies' References
N	AM	1	[32]
NE	BA	1	[46]
	CE	3	[32], [27], [41]
CW	DF	1	[38]
	GO	1	[32]
	MT	1	[34], [39]
SE	SP	11	[22], [24],[25], [27], [28], [31], [33], [36], [40], [44]
	RJ	2	[27], [29], [30]
	MG	2	[32], [26],[42]
S	RS	3	[35], [37]

† N: North; NE: Northeast; CW: Center-West; SE: Southwest; S: South

‡ AM: Amazonas; BA: Bahia; CE: Ceará; DF: Distrito Federal; GO: Goiás; MT: Mato Grosso; SP: São Paulo; RJ: Rio de Janeiro; MG: Minas Gerais; RS: Rio Grande do Sul.

Recognition of the mental health problem by the patient or family

A study in 2007 identified that only 59% of parents of children with persistent MH problems considered MH treatment was needed[22]. Two studies on autism highlight the

family role in identifying the initial symptoms, especially by the comparison with other children of similar age in order to discriminate delays in speech development and social isolation [23,24].

Identification by family members is also reported in studies about eating disorders[25,26], which stress the role of mothers of anorexic or bulimic youths in noticing behaviours such as food selectivity and severe weight loss. However, one of these studies also highlights how people with anorexic or bulimic behaviours do not acknowledge their eating habits or body image perception as inadequate or pathological, showing a conflicting interpretation of their experience in comparison with their families' and other carers'[26].

Expectation that schools should take a greater role identifying and treating children and adolescents with mental health issues is reported by parents whose kids have been treated in primary care[27] or child and adolescent community mental health services (CAPSi)[28]. Both studies report that parents consider schools as the most propitious setting to identify early symptoms.

A case study, done in 2012 in Rio de Janeiro, describes an adolescent whose family considered her first mental health crisis as a religious experience[29]. This idea was only dismissed after an encounter with a protestant preacher, who identified it as a health condition. However, only after a second crisis, which led to a psychiatric admittance, that the experience was considered a psychotic episode. Another study done in Rio de Janeiro in 2013, with members of the *Candomble* Afro-Brazilian religion[30], describe a shared sense of belonging, empathy and identification among those that join the religion searching for support for mental distress. The study indicates that although the religion provides care and an explanatory system for the suffering, its members and religious

leaders strongly assert the medical perspective as a complementary (and not conflicting) framework of explanation and treatment.

Decision to seek help and choice of care

Children and adolescents

A research done in 1989 in five cities in the São Paulo metropolitan region[31] with children and adolescents with “nervous issues” (*problema dos nervos*), found 141 cases, but only 18% had sought help. From the ones that sought help, 56% (19 cases) contacted a GP, informal help was contacted in 6 (22%) cases, and psychologists in 2 cases. Churches and school were not mentioned as sources of help. Among the cases that did not seek any type of help (109 cases), 61 (56%) considered help was not necessary; 2 referred difficulties to get medical or psychological consultations; and 10 referred “lack of time”, which might also indicate an access barrier to specialized care.

A cohort study in one municipality of São Paulo state[22] identified 124 cases of children (aged 6-13) with MH issues (from a representative sample of 345 children) in 2002. Five years later the sample was reassessed, and 32 cases were identified with persistent MH problems, 16 (50%) had sought treatment, and only 12 (38%) obtained it.

An qualitative inquiry[28] with children and adolescents in treatment at CAPSi in the city of São Paulo revealed that parents face several access barriers during the treatment period, causing treatment abandonment and, hereafter, new searches for help at the same services.

Studies with autistic children highlighted the difficulty to obtain a correct diagnosis, being frequent to visit several health services (primary and specialized care) until the diagnosis is confirmed [23,24].

A community-level inquiry with children and adolescents with psychiatric disorders[32] identified that 20% of cases with MH issues had used MH providers in the previous 12 months, although the study did not discriminate types of services. The vast majority was seen by psychologists (84.9%), in comparison to 20.9% consulted by psychiatrists and 18.8% by neurologists (several people were seen by more than one type of professional).

Adolescents consulted in primary care centres reported solving problems generally on their own or among peers[27]. They mostly did not see clinics, their family, or other institutions as sources of help. Their parents also did not identify primary care centres as a place to look for MH assistance. Parents felt discouraged by long queues and perceived staff as rushed and uninterested, and generally sought help elsewhere: cardiologists or neurologists (since emotional and behavioural problems could represent problems of the “heart” or “nerves”); friends and neighbours; and religious leaders, such as evangelical pastors and Catholic priests, both for direct advice and referrals. The latter is similar to a case study of an adolescent with severe mental issues[29] that was taken first to a religious temple, subsequently had several intermittent contacts in psychiatric emergency services, until commencing a long-term treatment at a CAPSi.

Adults

A research identified help seeking behaviours for three mental health symptoms: anxiousness, insomnia and depressive mood[33]. The vast majority did nothing to address the symptoms, with 6% seeking medical help for anxiousness, 5% for insomnia and 7% for depressive mood. Seeking consultation was less frequent than self-medication for all symptoms (15%, 12% and 10%, respectively). Women had higher percentages than men for both self-medication and consultation.

The preferences of the general public on help seeking for Alzheimer symptoms registered as first choices close family (27%), psychologist (15%), neurologist (13%), self-help group (12%), general practitioner (12%), close friend (9%) and psychiatrist (8%)[34]. Religious leaders, faith healers and pharmacists were rarely selected as a first choice of help. A case study with an elderly woman with a inconclusive Alzheimer diagnosis reported emergency services as the places first sought for help, afterwards MH professionals (several psychiatrists, a neurologist and a psychologist) became the preferred points of contact[35].

In relation to FEP, a cross-sectional research in the city of São Paulo[36] identified that most cases sought help in psychiatric emergency services (74%), and only 26% sought outpatient services. The study also found a very short median DUP (4.1 weeks), attributed to beneficial living arrangements (co-habitation with close relatives) and good emergency service coverage.

Diagnosis and treatment are usually refused by people with eating disorders, therefore the initial contact with the health system is made by the families rather than the patients[26]. In regard of types of professional contacted, out of 21 patients interviewed, 11 looked for medical doctors, 7 went first to psychologists and 2 sought nutritionists. Another study about anorexia from 2012[25] reports that some mothers went initially to emergency services, after their daughters' severe malnutrition required hospital admittance.

Although some evidence points to religious figures referring to the formal health system, for most adults from the *Candomblé* religion, the reverse itinerary happened: the formal health system was the first choice for help, and only after the help provided was deemed insufficient that the religious agencies were sought[30]. The religious leaders strongly recommended going through the formal health system beforehand.

Two qualitative papers, with health managers[37] and primary health care workers[38], stress the absence of integrated clinical pathways, usually being left to the patients to control and decide their itinerary in the health system. The studies also reported that different services provide intermittent care, without any provider being able to offer longitudinal follow-up. The health managers describe four main access points for patients seeking MH support: primary care, CAPS, MH ambulatories and hospitals; but since only the hospital has effective response to unscheduled demands, it has the strongest regulatory influence in the clinical pathways[37].

Recognition of the mental health problem by GP or other general health services

According to a qualitative research with primary care professionals[39], mental health demands are invisible in this level of care: MH issues are frequently not identified nor diagnosed, and the few detected patients have no medical record in the primary care centres. Another study[40] highlights the difficulty for primary care to identify MH demands in homeless people, being dependent on other support teams to approach this group.

Two papers about autism[23,24] stress that primary care usually is the first contact, but paediatricians and nurses frequently fail to identify the child's behaviour changes. Difficulty on diagnosis is also reported in one study about eating disorders[25], in which mothers claim that symptoms of anorexia were frequently considered mere "whim" by doctors.

One study[41] reports on the effect of mental health matrix support teams, which allowed primary care workers to better understand mental health disorders. Consequently, identification and treatment of those patients became more frequent, including care to

patients with physical problems that had psychological or social determinants or comorbidities previously ignored by the health staff.

Decision to treat or refer: by GP, other general health services and specialized services

Primary Care

Six qualitative studies identified limited capacity of primary care professionals to treat mental health issues, highlighting referrals to specialized care as the most common practice[26,27,37–39,41]. A qualitative study done in 2005[27] in three major Brazilian cities reported that primary care professionals tend to offer mental health care only when they perceive referral as impossible due to access barriers. In such cases, they usually performed counselling more based on common sense than on specific training. Another study from 2005, in Cuiabá[39], identified the mental health practices in primary care as either solely medication, or improvised actions. Similarly, in a study from 2008 with primary care staff in the city of Brazlândia-DF[38] the reported mental health interventions were only chatting and guidance, presenting very limited efficacy and frequently needing to refer to psychiatric services.

A study from 2011 done in Fortaleza and Sobral (CE)[41] identified prescription of psychiatric drugs and engaging organized community social resources as mental health actions supported by matrix support teams. A study in 2013 with bulimic and anorexic patients highlights actions from generalist doctors to establish shared case management with psychiatrists, psychologists and nutritionists to provide adequate care[26].

A single study, in Belo Horizonte-MG in 2003, evaluated the de-escalation of care[42], investigating adults with mental disorder that were referred to primary care by a community MH service. The study found that 36% of patients referred after treatment never reached primary care. From the patients actually seen in primary care, even fewer

remained in treatment at 9-month follow up (60% of those who reached PHC, and 39% of the initially referred). Referred patients that did not completely cease contact with the specialized MH service after referral had higher odds of successful continuity, both for reaching and maintaining contact with primary care.

General health services

A study in São Paulo metropolitan area identified patterns of service use according to different diagnosis (anxiety, mood and substance user disorders), reporting low contact with the folk sector (6% of cases), and increased contact with formal healthcare (24% of cases). From the segment seen in the professional health sector, 70% attended specialized services and 40% generalist services (treatment at both services was possible). Those proportions were similar among each diagnosis within the anxiety and mood disorders group, but not for substance use, which showed an ever higher proportion of specialized service usage (90% vs. 15% of general health services).[43] Another study from the same research[44] identified that around 40% of cases of MH issues treated in general health services received only medication, while a minority (9%) received a combination of medication and psychotherapy. The proportion of medication-only treatment at specialized services was similar, but the combined treatment was much higher (23%).

Specialized services

A study done in 1998 in a community mental health service in Belo Horizonte[42] identified that 17% of their patients came from spontaneous demand, while 30% were referred by primary care, 26% from psychiatric hospitals and 27% from other services.

The “open-doors” policy in the community MH services is highlighted as an ideological principle in a study with CAPS professionals[45], who state that granting initial access to the mental health system through this service is a strategy to strengthen the community-

based MH care model and consolidate the change from the previous hospital-based model. However, engaging an actual treatment follow certain protocols to assess severity. Nevertheless, another study[41] stresses how CAPS professionals feel there are excessive inadequate referrals from primary care that overcrowd the CAPS services. One qualitative study with parents of children and adolescents treated in infant and adolescent CAPS[28] points out that, after the initial assessment at these services, several parents gave up due to a long waiting period for the treatment to start.

Although the open-door principle is part of the official CAPS policy, not all services are able to offer unscheduled appointments at a reasonable rate, making the general hospital the first choice for the initial treatment in some cities, as shown both in a qualitative study with health managers of Santa Maria-RS in 2008[37] and a case study with an adolescent in the metropolitan region of Rio de Janeiro-RJ in 2012[29].

Service integration

Several studies highlight the difficulty to integrate care between services, once the patients have started treatment. Emergency MH care provided by hospitals is seen as discontinuous and lacking communication with the remaining MH system, which in turn is also seen as fragmented, unable to guarantee continuity of care, and with loose regulation of planned patient flow[29,37,40,46].

Discussion

Complex social networks are involved in the recognition of mental health issues. Besides the self-perception by the person in suffering, other agents such as family, religious agencies and schools were identified as determinants when distinguishing behavioural, cognitive or emotional changes, and considering those as mental health problems.

The studies included in this literature review show that religious figures have an important role not only in offering religious cures and social support, but also in re-directing people to health services. This aspect differs from reports from some other countries, where the search for religious agencies for mental disorders appears uncommon[11]. The notion of mental suffering originating from magical-religious causes is still common in Brazil; religion and mental health/illness have a profound cultural and historical association[47]. Nowadays the offer of religious cures is not as common anymore in Catholicism, Brazil's largest denomination. However, it is still quite usual in the other main religions, such as Protestantism, Spiritism, *Candomble* and *Umbanda*.

No association has been found between different religions and DUP, and different explanatory models (medical and spiritual) seemed to co-exist as complementary in most reports. However, it would be useful to investigate if the usual position of religious agencies is a complementary approach from health and spiritual services, since certain practices might delay access to formal mental health care, or reinforce stigma, withdrawing people with severe mental health issues from religious services. In that case, establishing partnerships with religious leaders could improve timely referral to health services and increase social support for people in treatment.

In regard to children and adolescent mental health problems, as well as adults with eating or psychotic disorders, family appeared as an important factor on problem identification, decision to seek care and definition of the initial source of help. A considerable short DUP for FEP was found in São Paulo (4.1 weeks), in comparison with international evidence (4 to 68 weeks, with a within study median of 21.6 weeks)[12]. This appears to be related to the active family role on help-seeking in Brazil, as family support has already been reported as an determining factor to shorten DUP[48,49].

Nevertheless, there is an apparent conflict of evidence of low frequency of help seeking for children and adolescents with MH issues: 18% of cases with “nervous issues”, reported in 1989; 50% of cases with persistent problems in 2003. The studies address problems with different severities, on distinct periods and cities, but neither report mental health services availability. However, other recent studies in the review reported long waiting periods as access barriers in both primary care and infant and youth community mental health services, causing people to give up starting treatment after or before an initial contact.

Therefore, between the patients’ decision to seek treatment and the health professional’s decision to treat there might be decisive accessibility issues conditioning these individual decisions, highlighting the importance of a contextual approach[5] when analysing the Brazilian pathways of care. The apparent low frequency of help-seeking for children and adolescent MH issues needs to be contextualized in a scenario of insufficient offer of care[50,51], which in turn affects the acceptability of health services from the general population. Additionally, there is also a hyper-medicalization of common infancy and youth situations, likely producing an artificial inflation of mental health demands.[52,53]

The place of choice for the initial help seeking contact seems to vary accordingly to the type of MH demand present. Unspecified symptoms of anxiety, insomnia and depressive mood rarely trigger help seeking on health services, with self-medication being much more common. The studies addressing eating disorders and mental health problems in children and adolescents, report general health services as first contact, while for FEP psychiatric emergency services were the first choice. Studies in different countries identified divergences in help seeking behaviour according to diagnosis and symptom severity.[54,55]

Identification and treatment of MH problems in primary care and in other general health services are highlighted as challenges in several studies. Neglect and disdain for MH issues, as well as the nature of some of the reported interventions, are a cause of concern. The report of actions from primary care teams grounded solely on common sense or exclusively medication-oriented reveal significant limitations. However, a positive impact seems to be happening after a recurrent investment by the Health Ministry and local health authorities[56,57]. The more recent studies in the review stress specially the effects of specialized matrix support, from NASF teams and other collaborative care configurations, though studies from after the implementation of NASF teams also report difficulties to adequately address MH in primary care.

The beneficial effects of collaborative care reported in the review include improvements in identification of MH issues, quality of drug prescription, engagement of community resources and shared case management. Other effects reported on the Brazilian literature are increased access to primary care, more adequate referrals to specialized care, support for individual and group psychotherapy, and reduction on stigma from professionals[58–61]. International literature points to good outcomes in shared management of depression, mixed results in psychosis and substance abuse and a dearth of studies in anxiety, personality and eating disorders[62].

Continuity of care is a critical issue when referring patients from specialized care back to primary care, as few people seem to reach the primary centres after referral, and fewer adhere to long term follow up. Even in the more recent studies, after the publication of both the NASF and the integrated mental health care networks policy, service integration continues to be a major issue. The definition of the adequate level of case complexity for primary care is also debatable, lacking consensus by NASF professionals and primary care teams[63].

Only a single study in the review, done in the city of Belo Horizonte in 1998, reported the proportion of different referral sources to the CAPS[42]. Therefore, a historical or regional comparison within Brazil was not possible. The found rate of direct access to the CAPS (17%) was similar to the rates to specialized MH care in other middle income countries, such as Bangladesh, Bulgaria, India and Indonesia[10]. The proportion of access from GP referrals (30%) was much lower than in Cuba, Spain and the UK (70% to 85%), countries with a strong gatekeeping role by primary care and very low percentage of direct access (0% to 2.5%)[10].

Although in a stepped care model the access to specialized services should be mediated by primary care, the current mental health system in Brazil was designed with direct access to mental health services, especially to the CAPS. While the gatekeeping role of GPs should ensure high rates of early detection, it can also increase the delay in reaching proper mental health treatment[10]. When the CAPS policy was created, the option for direct access intended to guarantee access for people with severe mental disorders in a way that low coverage rates for primary care would not turn into a contact barrier to the community MH services. However, CAPS professionals have been frequently reporting an excessive amount of low-complexity demands at the specialized level, which increases case load and precludes adequate intensity of care for the more severe cases[58–60,64].

Indeed, the proportion of treated cases that use specialized services is quite high (70%)[44]. Reports on 12-month service use for anxiety, mood, and substance disorders shows that, in high income countries, 37% to 52% of cases were seen in specialist services, where in middle income countries the proportion varied from 16% to 54% of the treated cases[65].

Health system organization and professional practice characteristics might be the main predictors for choice and frequency of professional consultation, instead of patient need profiles[66]. Our review shows a lack of service integration in Brazil, in a context of weak regulatory power from health authorities, despite recommendations on an integrated mental health networks policy. Also, the mix of public and private providers in Brazil reinforce health inequities and contribute to increased patient discretion on the pathways of care, since they usually opt for whichever provider seems more accessible in each situation, but at the cost of fragmentation of care [17].

General hospitals and emergency services (some of them at psychiatric hospitals) appear to have better accessibility for unscheduled demands, in comparison to most CAPS services. This seems to provide a stronger regulatory power to these services on crisis management and other acute situations, despite being fewer services and having an overall lower volume of patients than the CAPS. Although the integrated care networks policy describes type III CAPS as priority services for managing acute episodes, it also includes both emergency services and primary care centres as planned points of first contact and risk assessment. The model for acute care remains unclear and under pressing debate in Brazil, with claims of emergency services being either central devices for the Psychiatric Reform[67] or reminiscent of the previous asylum-based model[68].

The review also lacked studies focusing on broader aspects of pathways involving psychiatric hospitals. Despite psychiatric hospitals being considered a marginal institution in the integrated MH care networks policy, and its relevance diminishing over the last decades, those services still receive a large volume of patients since the availability of type III CAPS and psychiatric units in general hospitals is utterly insufficient. Scarce evidence over the different models on acute care in Brazil was

provided in the reviewed papers, mostly highlighting how lack of integration between hospital, emergency and CAPS services affect continuity of care.

To the best of our knowledge, this is the first study to review literature on pathways to mental health care in Brazil, as well as the first review to use the progression of national policies over time to compare studies from different periods. But clearly, this review has a few limitations. First, the patterns of PMHC in Brazil seem very dependent of local contextual factors, especially on the provision of different types of services and the possibility of integrated care between them. The lack of comprehensive data on a wider range of settings prevents conclusive reports on nation-wide impacts of the policies. This issue is likely present in other studies of pathways of care in different countries, although the literature tends to generalize evidence from few local sites as national configurations. This might hide important differences in those patterns, which can be a particularly serious problem in a large and unequal country such as Brazil. A second limitation is that only the qualitative studies included in the review had the analysis of pathways of care as main research objectives, while the quantitative studies provided reports on specific stages of patient itinerary. However, analysing how those individual stages perform in different settings and how they are influenced by policy implementation provided interesting results, while simultaneously highlighting gaps in Brazilian literature.

Conclusions

The performance of primary care and the regulation of acute demands, especially crisis management, seem to be the most critical aspects on the pathways of mental health care in Brazil. Several investments have been done in primary care, whose results have appeared positively in the literature: increased identification, more adequate treatment. However, there is still need for more improvement regarding service coverage,

availability of adequate MH treatment and shared management of cases with specialized services. There are a variety of entrance points for the mental health subsystem for different subpopulations, and although primary care influence regulating those flows might have improved, it still has a meagre impact.

There is less evidence available about crisis and acute care, with a dearth in both descriptive reports and impact analysis of the different modes of regulating this demand in Brazil. The challenges and innovations of crisis management in the community are reported in qualitative studies in numerous Brazilian scenarios [69–72], apparently with growing consensus on the necessity of better integration between general hospital and community services[73]. The challenge, however, seems to be how to develop a well-balanced system[74] dealing simultaneously with a low coverage of type III CAPS, insufficient inpatient beds in general hospitals and a suboptimal performance of the MH care network, which might incur on excessive hospitalization demands.

Declarations

Author's Contribution

CEA, ROC and GT conceptualized and designed the study. CEA, PRO, MBP, ECR, BE and RSC performed the literature search and screening. CEA, PRO, MBP and ECR wrote the study report. All authors participated on the analysis and approved the final version of the manuscript.

Availability of data

The dataset used in this study is available from the corresponding author on request.

Acknowledgements and Competing Interests

CEA, PRO, MBP, ECR and BE received scholarships from Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). ROC received research grants

from Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), International Development Research Centre (IDRC), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) and CAPES. GT is supported by the National Institute for Health Research (NIHR) Collaboration for Leadership in Applied Health Research and Care - South and the NIHR Asset Global Health Unit award. GT acknowledges financial support from the Department of Health via the NIHR Biomedical Research Centre and Dementia Unit. GT is supported by the European Union Seventh Framework Programme (FP7/2007-2013) Emerald project. The views expressed in this paper are those of the authors and not necessarily those of the mentioned institutions. The mentioned institutions had no role on the studies selection, data analysis or report. The authors declare no conflicts of interest.

References

1. Goldberg D, Huxley P. Mental illness in the community: the pathway to psychiatric care. London: Tavistock Publications Ltd; 1980.
2. Pescosolido B. Illness careers and network ties: a conceptual model of utilisation and compliance. *Adv Med Sociol* 1991;2:161–84.
3. Rogler L, Cortes D. Help-seeking pathways: a unifying concept in mental health care. *Am J Psychiatry* [Internet] 1993;150(4):554–61. Available from: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.150.4.554>
4. Evans-Lacko S, Jarrett M, McCrone P, Thornicroft G. Clinical pathways in psychiatry. *Br J Psychiatry* [Internet] 2008;193(1):4–5. Available from: <http://bjp.rcpsych.org/cgi/doi/10.1192/bjp.bp.107.048926>
5. Cabral ALLV, Martinez-Hemández A, Andrade EIG, Cherchiglia ML. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Cien Saude Colet* 2011;16(11):4433–42.
6. Gater R, Jordanova V, Maric N, Alikaj V, Bajcs M, Cavic T, et al. Pathways to psychiatric care in Eastern Europe. *Br J Psychiatry* 2005;186:529–35.
7. Gater R, de Almeida e Sousa B, Barrientos G, Caraveo J, Chandrashekar CR, Dhadphale M, et al. The pathways to psychiatric care: a cross-cultural study. *Psychol Med* 1991;21(3):761–74.
8. Morgan C, Mallett R, Hutchinson G, Leff J. Negative pathways to psychiatric care and ethnicity: the bridge between social science and psychiatry. *Soc Sci Med*

- 2004;58(4):739–52.
9. Sartorius N, Jablensky A, Korten A, Ernberg G, Anker M, Cooper JE, et al. Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures. A preliminary report on the initial evaluation phase of the WHO Collaborative Study on determinants of outcome of severe mental disorders. *Psychol Med* 1986;16(4):909–28.
 10. Volpe U, Mihai A, Jordanova V, Sartorius N. The pathways to mental healthcare worldwide: a systematic review. *Curr Opin Psychiatry* 2015;28(4):299–306.
 11. Singh SP, Grange T. Measuring pathways to care in first-episode psychosis: a systematic review. *Schizophr Res* 2006;81(1):75–82.
 12. Anderson KK, Fuhrer R, Malla AK. The pathways to mental health care of first-episode psychosis patients: a systematic review. *Psychol Med* [Internet] 2010;40(10):1585–97. Available from: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S0033291710000371
 13. International Monetary Fund. World Economic Outlook Database, October 2017. World Econ. Outlook Database, Oct. 2017/2017;
 14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas de população, 2017 [Internet]. Estim. Popul. 2017/2017 [cited 2017 Dec 1]; Available from: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao.html>
 15. World Bank. GINI index (World Bank estimate) [Internet]. GINI index (World Bank Estim.2015 [cited 2017 Nov 1]; Available from: <https://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.GINI?locations=BR>
 16. Viacava F, Bellido JG. Health, access to services and sources of payment, according to household surveys. *Cien Saude Colet* [Internet] 2016;21. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.19422015>
 17. Cecilio LC de O, Carapineiro G, Andrezza R. Os mapas do cuidado: o agir leigo na saúde. São Paulo: Hucitec; 2014.
 18. Ministério da Saúde. E-gestor Atenção Básica: informação e gestão da Atenção Básica [Internet]. 2017 [cited 2017 Dec 1]; Available from: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>
 19. Amarante P. Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1995.
 20. Popay J, Roberts H, Sowden A, Petticrew M, Arai L, Rodgers M, et al. Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews: A product from the ESRC Methods Programme. Lancaster: Lancaster University; 2006.
 21. Kleinman A. Patients and Healers in the Context of Culture. Berkeley: University of California Press; 1980.
 22. Fatori D, Evans-Lacko S, Bordin IA, de Paula C. Child mental health care in Brazil: barriers and achievements. *Lancet* [Internet] 2012;379(9812):e16–7.

- Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673612601056>
23. Ebert M, Lorenzini E, Silva EF da. Mothers of children with autistic disorder: perceptions and trajectories. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet] 2015;36(1):49–55. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000100049&lng=en&tlng=en
 24. Favero-Nunes MA, Santos MA dos. Itinerário terapêutico percorrido por mães de crianças com transtorno autístico. *Psicol Reflexão e Crítica* [Internet] 2010;23(2):208–21. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722010000200003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
 25. Valdanha-Ornelas ÉD, Santos MA dos. O Percurso e seus Percalços: Itinerário Terapêutico nos Transtornos Alimentares. *Psicol Teor e Pesqui* [Internet] 2016;32(1):169–79. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722016000100169&lng=pt&tlng=pt
 26. Carvalho MB de, Val AC, Ribeiro MMF, Santos LG dos. Itinerários terapêuticos de sujeitos com sintomas anoréxicos e bulímicos. *Cien Saude Colet* [Internet] 2016;21(8):2463–74. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000802463&lng=pt&tlng=pt
 27. Paula CS, Nakamura E, Wissow L, Bordin IA, do Nascimento R, Leite ÁM, et al. Primary Care and Children’s Mental Health in Brazil. *Acad Pediatr* [Internet] 2009;9(4):249–55. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1876285909000540>
 28. Falavina OP, Cerqueira MB. Saúde mental infanto-juvenil: usuários e suas trajetórias de acesso aos serviços de saúde. *Espaço saúde* 2008;10(1):34–46.
 29. Pereira M de O, Sá M de C, Miranda L. Um olhar sobre a atenção psicossocial a adolescentes em crise a partir de seus itinerários terapêuticos. *Cad Saude Publica* [Internet] 2014;30(10):2145–54. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001002145&lng=pt&tlng=pt
 30. Portugal CM. Entre o consultório e o terreiro: mediações, ruídos e silenciamentos nos itinerários terapêuticos de adeptos do candomblé. *RECIIS (Online)* 2016;10(1):1–14.
 31. Lauridsen EPP, Tanaka OY. Morbidade referida e busca de ajuda nos transtornos mentais na infância e adolescência. *Rev Saude Publica* [Internet] 1999;33(6):586–92. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101999000600010&lng=pt&tlng=pt
 32. Paula CS, Bordin IAS, Mari J de J, Velasque L, Rohde LA, Coutinho ESF. The Mental Health Care Gap among Children and Adolescents: Data from an Epidemiological Survey from Four Brazilian Regions. *PLoS One* [Internet] 2014;9(2):e88241. Available from:

- <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0088241>
33. Mendoza-Sassi R, Béria JU, Fiori N, Bortolotto A. Prevalência de sinais e sintomas, fatores sociodemográficos associados e atitude frente aos sintomas em um centro urbano no Sul do Brasil. *Rev Panam Salud Pública* [Internet] 2006;20(1):22–8. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892006000700003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
 34. Blay SL, Furtado A, Peluso ÉTP. Knowledge and beliefs about help-seeking behavior and helpfulness of interventions for Alzheimer’s disease. *Aging Ment Health* [Internet] 2008;12(5):577–86. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13607860802343050>
 35. Corrêa GHLST, Bellato R, Araújo LF dos S, Hiller M. Itinerário terapêutico de idosa em sofrimento psíquico e família. *Ciência, Cuid e Saúde* [Internet] 2012;10(2):274–83. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/10462>
 36. Oliveira AM, Menezes PR, Busatto GF, McGuire PK, Murray RM, Scazufca M. Family context and duration of untreated psychosis (DUP): Results from the Sao Paulo Study. *Schizophr Res* [Internet] 2010;119(1–3):124–30. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0920996409004186>
 37. Paes LG, Schimith MD, Barbosa TM, Righi LB. Rede de atenção em saúde mental na perspectiva dos coordenadores de serviços de saúde. *Trab Educ e Saúde* [Internet] 2013;11(2):395–409. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462013000200008&lang=pt
 38. Arce VAR, Sousa MF de, Lima M da G. A práxis da Saúde Mental no âmbito da Estratégia Saúde da Família: contribuições para a construção de um cuidado integrado. *Physis Rev Saúde Coletiva* [Internet] 2011;21(2):541–60. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000200011&lang=pt
 39. Lucchese R, Oliveira AGB de, Conciani ME, Marcon SR. Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. *Cad Saúde Pública* [Internet] 2009;25(9):2033–42. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000900017&lang=pt
 40. Borysow I da C, Furtado JP. Access, equity and social cohesion: evaluation of intersectoral strategies for people experiencing homelessness. *Rev da Esc Enferm da USP* [Internet] 2014;48(6):1069–76. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000601069&lng=en&tlng=en
 41. Quinderé PHD, Jorge MSB, Nogueira MSL, Costa LFA da, Vasconcelos MGF. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. *Cien Saude Colet* [Internet] 2013;18(7):2157–66. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700031&lang=pt

42. Oliveira GL, Caiaffa WT, Cherchiglia ML. Saúde mental e a continuidade do cuidado em centros de saúde de Belo Horizonte, MG. *Rev Saude Publica* [Internet] 2008;42(4):707–16. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400018&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
43. Wang YP, Chiavegatto Filho ADP, Campanha AM, Malik AM, Mogadouro MA, Cambraia M, et al. Patterns and predictors of health service use among people with mental disorders in São Paulo metropolitan area, Brazil. *Epidemiol Psychiatr Sci* [Internet] 2017;26(1):89–101. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S2045796016000202/type/journal_article
44. Campanha AM, Siu ER, Milhorança IA, Viana MC, Wang Y-P, Andrade LH. Use of psychotropic medications in São Paulo Metropolitan Area, Brazil: pattern of healthcare provision to general population. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* [Internet] 2015;24(11):1207–14. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/pds.3826>
45. De Pinho LB, Hernández AMB, Kantorski LP. O discurso sobre o acolhimento e a acessibilidade nos serviços comunitários de saúde mental. *Cogitare Enferm* [Internet] 2009;14(4):612–9. Available from: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/16373>
46. Da Silva Carneiro US, Aquino GC, Jucá VJS. Desafios da integralidade na assistência: o itinerário terapêutico de mães com sofrimento psíquico grave. *Rev Psicol* 2014;5(1):46–57.
47. Dalgalarondo P. Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. *Arch Clin Psychiatry (São Paulo)* 2007;34(1):25–33.
48. Morgan C, Abdul-Al R, Lappin JM, Jones P, Fearon P, Leese M, et al. Clinical and social determinants of duration of untreated psychosis in the AeSOP first-episode psychosis study. *Br J Psychiatry* [Internet] 2006;189(5):446–52. Available from: <http://bjp.rcpsych.org/cgi/doi/10.1192/bjp.bp.106.021303>
49. Bergner E, Leiner AS, Carter T, Franz L, Thompson NJ, Compton MT. The period of untreated psychosis before treatment initiation: a qualitative study of family members' perspectives. *Compr Psychiatry* 2008;49(6):530–6.
50. Paula CS, Lauridsen-Ribeiro E, Wissow L, Bordin IAS, Evans-Lacko S. How to improve the mental health care of children and adolescents in Brazil: actions needed in the public sector. *Rev Bras Psiquiatr* [Internet] 2012;34(3):334–51. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462012000300014&nrm=iso
51. Couto MCV, Duarte CS, Delgado PGG. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. *Rev Bras Psiquiatr* [Internet] 2008;30(4):384–9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000400015&nrm=iso

52. Brzozowski FS, Caponi SNC de. Medicalização dos desvios de comportamento na infância e adolescência: aspectos positivos e negativos. *Psicol Ciência e Profissão* [Internet] 2013;33(1):208–21. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000100016&nrm=iso
53. Guarido R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. *Educ e Pesqui* 2007;33(1):151–61.
54. Angermeyer MC, Matschinger H, Riedel-Heller SG. What to do about mental disorder: help-seeking recommendations of the lay public. *Acta Psychiatr Scand* [Internet] 2001;103(3):220–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1034/j.1600-0447.2001.103003220.x>
55. Bland RC, Newman SC, Orn H. Help-Seeking for Psychiatric Disorders. *Can J Psychiatry* [Internet] 1997;42(9):935–42. Available from: <https://doi.org/10.1177/070674379704200904>
56. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
57. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental. Cad atenção básica 2013;34.
58. Morais APP, Tanaka OY. Apoio Matricial em Saúde Mental: alcances e limites na atenção básica. *Saúde e Soc* 2012;21(1):161–70.
59. Figueiredo MD, Onocko-Campos R. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Cien Saude Colet* [Internet] 2009;14(1):129–38. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100018&lang=pt
60. Miranda L, Onocko-Campos R. Análise das equipes de referência em saúde mental : uma perspectiva de gestão da clínica. *Cad Saúde Pública*, Rio Janeiro 2010;26(6):1153–62.
61. Tófoli LF, Fortes S. Apoio matricial de saúde mental na atenção primária no município de Sobral, CE: o relato de uma experiência. *Sanare*, Sobral 2007;6(2):34–42.
62. Craven MA, Bland R. Better practices in collaborative mental health care: an analysis of the evidence base. *Can J psychiatry* 2006;51(6 Suppl 1):7S–72S.
63. Vannucchi AMC, Carneiro Junior N. Modelos tecnoassistenciais e atuação do psiquiatra no campo da atenção primária à saúde no contexto atual do Sistema Único de Saúde, Brasil. *Physis* [Internet] 2012;22(3):963–82. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000300007&lang=pt
64. Bezerra E, Dimenstein M. Os CAPS e o Trabalho em Rede: Tecendo o Apoio Matricial na Atenção Básica. *Psicol Ciência e Profissão* [Internet] 2008;28(3):632–45. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-

98932008000300015&lang=pt

65. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Borges G, Bromet EJ, et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet* [Internet] 2007;370(9590):841–50. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673607614147>
66. Fleury M-J, Grenier G, Bamvita J-M, Caron J. Professional Service Utilisation among Patients with Severe Mental Disorders. *BMC Health Serv Res* [Internet] 2010;10:141. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2896947/>
67. Barros REM, Tung TC, Mari JDJ. Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental brasileira. *Rev Bras Psiquiatr* 2010;32(Supl II):s71–7.
68. Jardim K, Dimenstein M. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. *Psicol em Rev* 2007;13(1):169–89.
69. Nicácio F, Campos GW de S. A complexidade da atenção às situações de crise: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. *Rev Ter Ocup da Univ São Paulo* [Internet] 2004;15(2):71–81. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13942>
70. Willrich JQ, Kantorski LP, Chiavagatti FG, Cortes JM, Antonacci MH. Os sentidos construídos na atenção à crise no território: o Centro de Atenção Psicossocial como protagonista. *Rev da Esc Enferm da USP* [Internet] 2013;47(3):657–63. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000300657&lng=pt&tlng=pt
71. Onocko-Campos R, Furtado JP, Passos E, Ferrer AL, Miranda L, Gama CAP da. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Rev Saude Publica* [Internet] 2009;43(suppl 1):16–22. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000800004&lng=pt&tlng=pt
72. Dimenstein M, Amorim AKA, Leite J, Siqueira K, Gruska V, Vieira C, et al. O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN. *Rev P psique* 2012;2(3):95–127.
73. Dias M, Golçalves RW, Delgado PGG. Leitões de atenção integral à saúde mental em hospital geral: configuração atual e novos desafios na política de saúde mental. In: Vasconcelos EM, editor. *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo: Hucitec; 2010. page 115–40.
74. Thornicroft G, Tansella M. Balancing community-based and hospital-based mental health care. *World Psychiatry* [Internet] 2002;1(2):84–90. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489876/>

Appendix 1 – Electronic search strategies

LILACS

tw:(("itinerário terapêutico" OR "itinerário de cuidado" OR "trajetória terapêutica" OR "trajetória de tratamento" OR "trajetória do cuidado" OR "trajetória do paciente" OR "trajetória assistencial" OR "linha de cuidados" OR "comportamento de procura de cuidados de saúde" OR "acesso aos serviços de saúde" OR "critical pathway" OR "clinical pathways" OR "illness itineraries" OR "therapeutic itineraries" OR "health service access" OR "help seeking behavior") AND ("saúde mental" OR psiquiatr* OR psicose OR esquizofrenia OR bipolar* OR depress* OR ansiedade OR "transtorno mental" OR "sofrimento psíquico" OR "mental health" OR "mental disorder" OR "mental suffering" OR psychiat* OR "psychotic disorders" OR "psychosis" OR schizophrenia OR bipolar* OR depress* OR "anxiety") AND (Brasil OR Brazil OR Brésil)) AND (instance:"regional") AND (db:"LILACS"))

MEDLINE

((“critical pathways” OR “clinical pathways” OR “illness itineraries" OR "therapeutic itineraries” OR “health service access” OR “help seeking behavior”) AND (“mental health" OR "mental disorder" OR "mental suffering" OR psychiat\$ OR psychosis OR schizophrenia OR bipolar\$ OR depress\$ OR anxiety) AND Brazil)

SCIELO

("itinerários terapêuticos" OR "itinerários de cuidado" OR "trajetórias terapêuticas" OR "trajetórias de tratamento" OR "trajetória do cuidado" OR "trajetória do paciente" OR "illness itineraries" OR "therapeutic itineraries" OR "trajetória assistencial" OR "pathways of care" OR "linha de cuidados" OR "comportamento de procura de cuidados de saúde" OR "acesso") AND ("saúde mental" OR "transtorno mental" OR "sofrimento psíquico" OR "sofrimento mental" OR psicose OR psychotic\$ OR esquizofren\$ OR bipolar\$ OR depress\$ OR ansiedade OR ansios\$)

Appendix 2 – Inclusion and exclusion criteria

Inclusion criteria:

Any methods and study design.

Any age group.

Mental disorders, mental distress, psychiatric/psychological symptoms (including autism and Alzheimer).

Description of pathways between any types of mental health services.

Presence of at least one of the subthemes:

- Access/Accessibility to MH services or professionals (public or private).
- Access/Accessibility to MH interventions on primary care.
- Prevalence, determinants or conditions of seeking mental health services or professionals.
- Prevalence, determinants or conditions of referral to or from mental health services.
- Globality, integrality, continuity or integration (when addressing relations between services or professionals).

Exclusion criteria:

Studies outside Brazil.

Other health conditions reported, without separate data on MH.

Substance abuse, brain paralysis, mental retardation or physical deficiencies as theme.

Non-empirical research.

Appendix 3 - Studies by year and period of mental health policy

References			[31]			[35]		[36] [33] [24]	[22] [42]		[27] [39] [43] [28]	[45]		[38] [37]	[34]	[41]	[43] [44]	[32] [25] [29] [40]	[26] [23] [30]	
Years	1852-1986	1987-1988	1989	1990-1991	1992-1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
MH Policies	1852 - Beginning of hospital-based mental health care																			
			1987 - First experimental community MH services																	
					1992 - CAPS national policy															
							2001 - Psychiatric Reform Law													
													2008 - NASF national policy				2011 - Integrated MH networks national policy			

Artigo 2. Ações de saúde mental na atenção básica de quatro municípios brasileiros de grande porte: comparação de indicadores de sistemas de informação e dados de inquérito em serviço

Resumo

As ações de saúde mental (SM) na atenção básica (AB) implicam em diferentes processos: acesso, detecção, avaliação de gravidade, tratamento, acompanhamento e encaminhamento. Os municípios brasileiros adotaram diferentes estratégias para a realização desses processos. Esse estudo apresenta um desenho descritivo exploratório, buscando por meio de dados de sistemas de informação de saúde (2010-2015) e de um inquérito multicêntrico realizado em 2016 nos CAPS de Campinas-SP, Fortaleza-CE, Porto Alegre-RS e São Paulo-SP, caracterizar como tais processos têm ocorrido na AB de cada município. Identificamos que a cobertura de AB apresenta-se semelhante nos quatro municípios no período recente (aproximadamente 65%), porém a proporção de estratégia saúde da família é maior em Fortaleza e Campinas (cerca de 50%). A média de realização de atendimentos por psiquiatras no período estudado é mais frequente em São Paulo (20 por mil hab./ano) e Campinas (18 por mil hab./ano), sendo quase inexistente em Fortaleza (0,3 por mil hab./ano). O atendimento por psicólogos é mais frequente em Porto Alegre (40 por mil hab./ano), apresentando os valores diminutos em Fortaleza (5 por mil hab./ano). O inquérito nos serviços CAPS indicou que a proporção de detecção inicial de problemas de SM ocorrida na AB é maior em São Paulo (53%) e Fortaleza (46%), e a proporção de usuários que receberam algum tratamento em saúde mental na AB é maior em Campinas (70%), Porto Alegre (70%) e São Paulo (65%). Porto Alegre destaca-se ainda no percentual de usuários que buscam a AB em situações de crise (32%), mais que o dobro dos demais municípios. Esse estudo indica que os diferentes processos envolvidos na assistência à SM na AB ocorrem em diferentes extensões em cada município pesquisado.

Palavras-chave: saúde mental; atenção básica; sistemas de informação; redes de atenção à saúde; integração de serviços.

Abstract

Mental health (MH) interventions in primary care (PC) involve different processes: access, detection, severity assessment, treatment, monitoring and referral. Brazil's municipalities adopted different strategies to perform those actions. This study uses a descriptive-exploratory approach, describing how those processes occur in Campinas-SP, Fortaleza-CE, Porto Alegre-RS and São Paulo-SP. We used data from health information systems (2010-2015) and from a multicentre inquiry performed in 2016 in each city's mental health community services (CAPS). We identified that the coverage of primary

care currently is similar in the four cities (around 65%), although the Family Health Strategy coverage is higher in Fortaleza and Campinas (around 50%). The average ratio of psychiatric procedures in the studied period is higher in São Paulo (20 per thousand people/year) and Campinas (19 per thousand people/year). Procedures performed by psychologists are more frequent in Porto Alegre (46 per thousand people/year), while displaying values close to zero in Fortaleza. The inquiry performed at the CAPS indicated that the proportion of initial detection of MH issues that occur at PC is higher in Campinas (70%), Porto Alegre (70%) and São Paulo (65%). Porto Alegre stands out for the proportion of patients that contact PC in psychiatric crisis (32%), over twice as high as the other cities. This study shows that the different processes composing MH care in PC have different volume in each municipality.

Keywords: mental health; primary care; information systems; health care networks; service integration.

Introdução

A participação dos serviços de atenção básica (AB) no cuidado em saúde mental é defendido por políticas de saúde nacionais (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, 2011) e recomendações de organismos internacionais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; WONKA, 2008; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). No Brasil, na atual configuração das redes de atenção psicossocial ressalta-se o papel da AB na articulação do cuidado com outras redes temáticas, assim como, juntamente com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a função de coordenar o cuidado em saúde mental nos diferentes pontos de atenção da rede. Na perspectiva da consolidação do cuidado integral à saúde, a AB é central na prevenção, identificação, tratamento, acompanhamento de agravos de saúde mental, e referenciamento dos casos para serviços especializados em saúde mental e outras clínicas (NUNES; LANDIM, 2016; NUNES; ONOCKO-CAMPOS, 2014; ONOCKO-CAMPOS; GAMA, 2009).

No Brasil ocorreram diversos investimentos no fortalecimento da capacidade da AB ofertar atenção adequada às demandas de saúde mental. As primeiras iniciativas remontam ao final da década de 1970, com o Plano Integrado de Saúde Mental (PISAM) (AMARANTE, 1995; “O plano integrado de saúde mental”, 1978). Experiências pioneiras ocorreram também na cidade de Campinas, na década de 1990, com suporte às equipes da atenção básica via apoio matricial de psicólogos, psiquiatras e terapeutas ocupacionais (CAMPOS; DOMITTI, 2007; CAMPOS, 1999). Em Sobral, na década de 2000 ocorre a experiência dos Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família (NAISF) (VÉRAS et al., 2007), com apoio de interconsulta em especialidades, incluindo saúde mental, por meio da metodologia da tenda invertida. Em 2008, a modalidade de apoio matricial torna-se uma política nacional, com a implantação de equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no território nacional (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

No modelo brasileiro de atenção básica destaca-se a territorialização da Estratégia Saúde da Família (ESF) como importante facilitador da ativação de recursos comunitários e de apoio social (YASUI, 2010). Esses recursos podem auxiliar na reinserção social de pessoas com problemas graves de saúde mental, em especial os casos com histórico de institucionalização prolongada. Outro recurso importante da ESF é a capilaridade dos agentes comunitários de saúde em relação à vida cotidiana dos usuários do serviço. A atuação desses trabalhadores facilita o uso dos recursos comunitários e auxilia no estabelecimento de códigos comuns de linguagem entre os serviços de saúde e a

comunidade, na atenção domiciliar e no acompanhamento longitudinal dos casos (MOREIRA; AMARAL, 2016; NUNES et al., 2002).

A prática da saúde mental na AB apresenta uma série de dificuldades. Revisões sistemáticas de literatura sobre o tema identificaram distanciamento entre as políticas de saúde e a prática desenvolvida nos centros de saúde do Brasil (GAMA; ONOCKO-CAMPOS, 2009; SOUZA et al., 2012). Os problemas identificados incluem a fragilidade da formação em saúde mental nos profissionais generalistas, gerando condutas inadequadas, medicalizantes e discriminatórias, assim como insegurança no diagnóstico e prescrição (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007). Também se evidenciam problemas de cobertura, gerando uma sobrecarga de trabalho nas equipes generalistas e diminuindo a disponibilidade para atendimento de casos de saúde mental. Isso reforça a prática de encaminhamento de casos independente da gravidade, como forma de diminuir o volume de trabalho dos serviços de AB (MIRANDA; ONOCKO-CAMPOS, 2010). Também foram encontradas dificuldades de acessar recursos do território para criar redes de suporte, e no estabelecimento de vínculos com os usuários. Além disso, com frequência as equipes percebem os casos como insolúveis ou crônicos, e reportam incapacidade de lidar com as situações de violência no cotidiano das pessoas atendidas (DIMENSTEIN et al., 2009).

De aspectos positivos, as revisões destacam o impacto do apoio matricial de profissionais especialistas em saúde mental no desenvolvimento de diferentes propostas organizacionais para lidar com a demanda de saúde mental, desenvolvendo atividades assistenciais nos centros de saúde, promovendo a capacitação dos profissionais das equipes de saúde da família, assim como auxiliando na regulação dos fluxos com os CAPS (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008; ONOCKO-CAMPOS et al., 2011; VANNUCCHI; CARNEIRO JUNIOR, 2012). Outro ponto favorável elencado foi a atuação dos agentes comunitários de saúde, que possibilitam acompanhamento dos casos em domicílio e na comunidade (GAMA; ONOCKO-CAMPOS, 2009; ONOCKO-CAMPOS et al., 2011; SOUZA et al., 2012). Ocorre ainda sinergia entre esses dois aspectos, com o apoio matricial potencializando a ação dos agentes de saúde (AMARAL et al., 2018).

A presença da saúde mental na atenção básica ocorre de formas e intensidades variadas nas diferentes redes de saúde dos municípios brasileiros. A cobertura de atenção básica em geral, e da estratégia saúde da família em particular, variam nos diferentes municípios, produzindo contextos estruturantes diferenciados para o desenvolvimento de

intervenções de saúde mental. A implantação de equipes NASF e outras modalidades de apoio especializado é irregular no território brasileiro, e suas práticas são heterogêneas. De modo semelhante, tanto a provisão de serviços CAPS como a relação que estabelecem com os serviços de atenção básica também é variável.

A tentativa de comparações entre a situação de cada rede singular demanda o estabelecimento de indicadores que, em certo grau, evidenciem os efeitos ou condicionantes de tais diferenças. Ainda que na simplificação das experiências singulares em elementos comuns perca-se a qualificação das atividades desenvolvidas em cada local, tais índices sintéticos permitem compreender o contexto local a partir das semelhanças e divergências com outros contextos.

Esse artigo analisa índices de saúde mental na atenção básica nas redes de atenção dos municípios de Campinas-SP, Fortaleza-CE, Porto Alegre-RS e São Paulo-SP, durante o período de 2010 a 2015. Os processos retratados nos indicadores são: cobertura da atenção básica e estratégia saúde da família; intervenções de psiquiatras e psicólogos realizadas na AB; detecção inicial de problemas de saúde mental na AB; recebimento de tratamento em saúde mental na AB; e procura pela AB em situações de crise de saúde mental.

Metodologia

Este estudo tem caráter descritivo e exploratório, utilizando uma combinação de indicadores produzidos com dados de sistemas de informação de saúde e relatórios de gestão, assim como informações provenientes de um estudo transversal realizado por meio de inquérito em serviços de saúde.

Indicadores de saúde mental na Atenção Básica

Para a comparação entre os municípios, os indicadores foram calculados para os períodos de 2010 a 2015.

Cobertura Estratégia Saúde da Família

O indicador é calculado por meio da quantidade de equipes de saúde da família cadastradas no município, multiplicadas por 3.450 (considerando-se esse valor a quantidade de pessoas cobertas por cada equipe), dividido pela população do município. Fonte de dados: E-Gestor atenção básica (Ministério da saúde).

$$\frac{(\text{N}^\circ \text{ de ESF}) \times 3.450}{\text{Estimativa populacional do município}}$$

Cobertura Atenção Básica

Esse indicador é calculado pela quantidade das equipes de saúde da família cadastradas multiplicadas por 3.450, somada à quantidade das “equipes equivalentes” multiplicada por 3.000 (considerando-se esse valor a quantidade de pessoas cobertas por cada equipe ESF equivalente), e então dividida pela população do município. A quantidade de equipes equivalentes considera cada 60h de carga horária ambulatorial médica e 40h de carga horária ambulatorial de enfermagem compondo uma “equipe equivalente”. Fonte de dados: E-Gestor atenção básica (Ministério da saúde).

$$\frac{(\text{N}^\circ \text{ de ESF} \times 3.450) + (\text{N}^\circ \text{ de ESF equivalentes} \times 3.000)}{\text{Estimativa populacional do município}}$$

Atendimentos realizados por psiquiatra na AB por 1.000 habitantes por ano

Esse indicador inclui o registro de todos os procedimentos realizados por psiquiatras com lotação em serviços de atenção básica, no período de um ano. Esse valor é dividido pela população do município do ano de referência, produzindo assim uma razão de procedimentos/ano por população. Cabe destacar que esse indicador é sensível à realização de várias consultas e outras intervenções junto a um mesmo usuário, em datas diferentes. Desse modo, o indicador representa os atendimentos realizados pelos profissionais, e não a quantidade de pessoas consultadas. Além disso, o indicador inclui ações individuais e de grupo. No período estudado, para cada ano, e em todos os municípios, os procedimentos grupais representaram sempre menos de 5% das intervenções. Fonte de dados: SIASUS.

$$\frac{\text{Atendimentos de psiquiatra na AB durante o ano}}{\text{Estimativa populacional}} \times 1.000$$

Atendimentos realizados por psicólogo na AB por 1.000 habitantes por ano

Esse indicador assemelha-se ao anterior: consiste nos procedimentos realizados por psicólogos com lotação em serviços de atenção básica, no período de um ano, dividido pela população do município. Esse indicador também agrega procedimentos individuais e de grupo, destacando que, novamente, as intervenções grupais compuseram menos de 5% das ações de cada ano. Fonte de dados: SIASUS.

$$\frac{\text{Atendimentos de psicólogo na AB durante o ano}}{\text{Estimativa populacional}} \times 1.000$$

Estudo transversal com usuários dos CAPS

O segundo grupo de informações que compuseram esse estudo origina-se do banco de dados do estudo transversal desenvolvido no projeto AcesSUS. O estudo transversal foi realizado com pessoas em acompanhamento nos serviços CAPS dos municípios de Campinas, Fortaleza, Porto Alegre e São Paulo, durante o ano de 2016.

Foram incluídas apenas as modalidades de CAPS destinados a transtorno mental grave em adultos, e excluídos os serviços voltados para uso problemático de substâncias e para público infantil e adolescente. Em São Paulo foram incluídos os 24 CAPS com maior volume de usuários, sendo descartados os 10 serviços de menor volume. Nos demais municípios foram incluídos todos os serviços: seis CAPS III em Campinas; cinco CAPS II e um CAPS III em Fortaleza; quatro CAPS II em Porto Alegre.

Em todos os municípios, os critérios de inclusão da amostra foram: ter sido encaminhado ao CAPS pela atenção básica; estar em acompanhamento no CAPS há 3 anos ou menos; residir no município do serviço; apresentar condições cognitivas de responder ao questionário; e não se encontrar em crise, hospitalização psiquiátrica ou hospitalidade integral em CAPS. Foram entrevistados 102 usuários em Campinas, 167 em Fortaleza, 297 em São Paulo e 351 em Porto Alegre.

Os usuários responderam a um questionário de múltipla escolha referente a informações sobre seu percurso nos serviços de atenção básica, CAPS e hospitais, referente ao acompanhamento de problemas de saúde mental (PSM). No presente estudo, destacamos alguns itens do questionário: local de detecção inicial do problema de saúde mental, recebimento de tratamento de saúde mental na AB, locais de auxílio procurados na emergência de crises de saúde mental.

Detalhes do processo de amostragem e da metodologia da pesquisa AcesSUS encontram-se disponíveis para consulta no website do projeto.^c

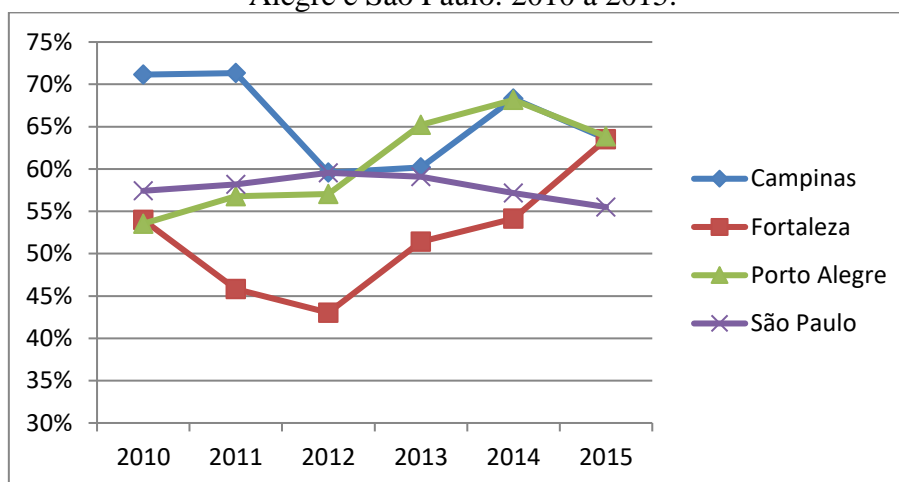
^c <http://www.fcm.unicamp.br/acessus/metodologia>

Resultados e discussão

Indicadores de saúde mental na Atenção Básica: Séries históricas 2010 a 2015

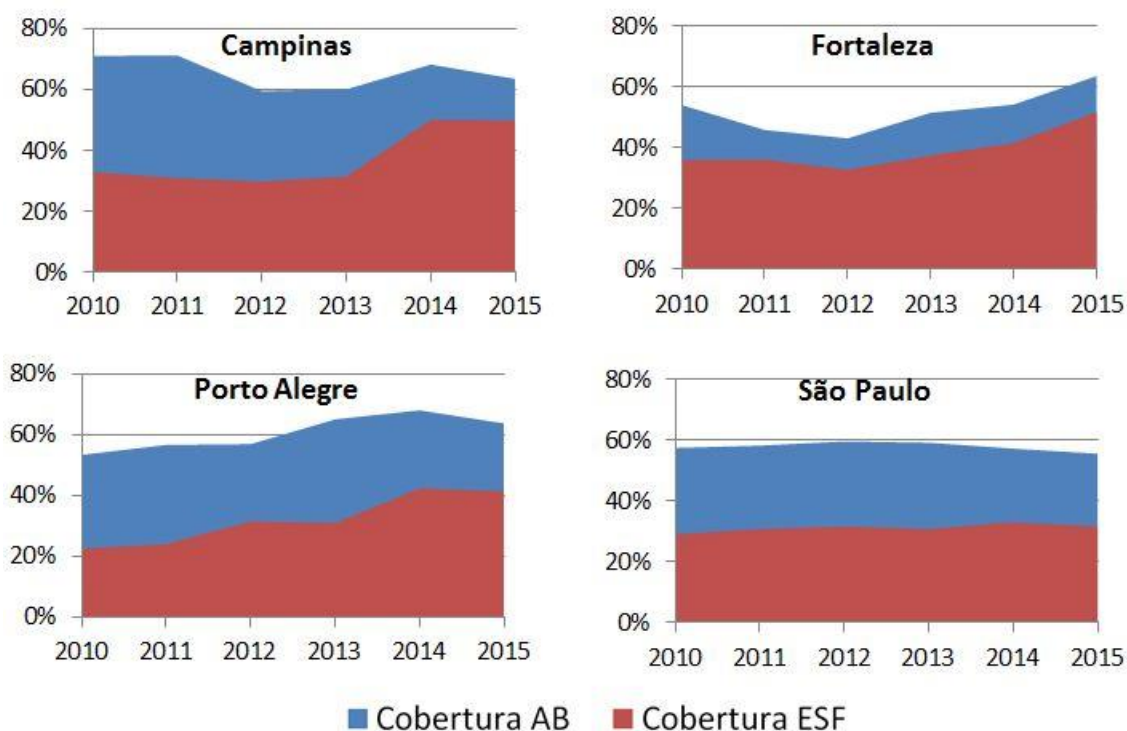
No período estudado, a cobertura de atenção básica apresenta variações em Campinas, Fortaleza e Porto Alegre, porém no ano de 2015 a cobertura apresenta-se semelhante entre os três municípios: cerca de 65% da população (ver figura 1). A taxa de cobertura em São Paulo possui um comportamento diferente das demais, mantendo-se relativamente estável em 60%, em 2015 apresentando seu valor mais baixo: 56%. A variação no período estudado (v.p.e.), 2010 a 2015, foi de -3%. A proporção de ESF na atenção básica também permanece constante no período, com cobertura populacional de aproximadamente 30% (ver figura 2).

Figura 1 - Cobertura populacional de Atenção Básica. Campinas, Fortaleza, Porto Alegre e São Paulo. 2010 a 2015.



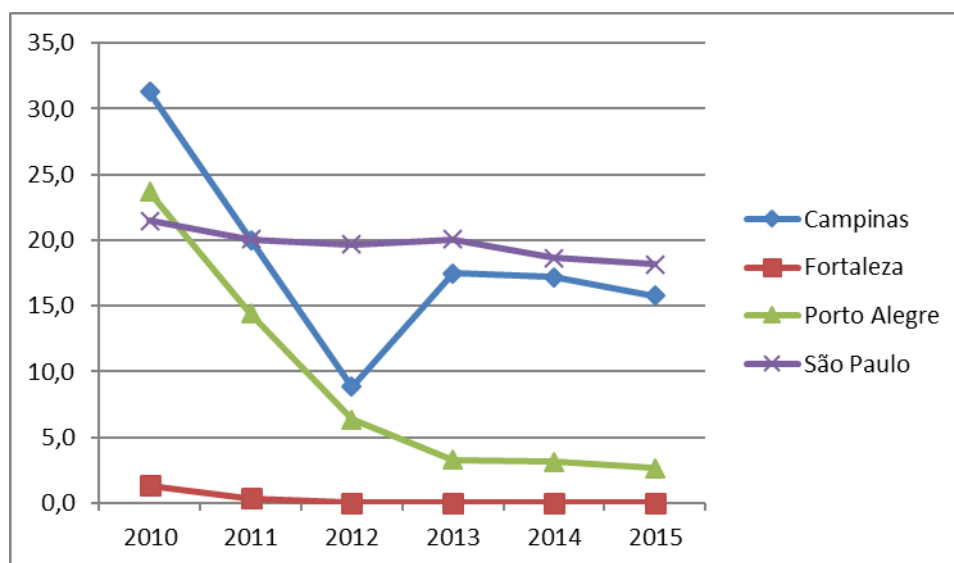
Campinas apresenta uma cobertura de AB de 70% em 2011, ocorrendo uma queda acentuada em 2012, e aumento na cobertura a partir de 2013 (ver figura 1), ano onde inicia-se a ênfase no modelo Estratégia Saúde da Família (ver figura 2), chegando à cobertura total de AB de 65% em 2015 (v.p.e.: -11%). Porto Alegre apresenta 54% de cobertura AB em 2010, exibindo um crescimento modesto até a 2012, e mais acentuado a partir de então. No ano seguinte inicia-se o fortalecimento do modelo ESF, chegando a cobertura total de AB de 65% em 2015 (v.p.e.: +19%). Fortaleza apresenta uma queda no período de 2010 a 2012 (55% para 40% de cobertura), apresentando em seguida aumento até 65% em 2015 (v.p.e.: +18%). Destaca-se que a proporção do modelo ESF é constante no município, sendo predominante desde o início do período estudado.

Figura 2 – Cobertura populacional de Atenção Básica e proporção da cobertura de Estratégia Saúde da Família. Campinas, Fortaleza, Porto Alegre e São Paulo. 2010 a 2015.



A cobertura da atenção básica oferece o contexto para então compreendermos como se apresentam as ações referentes à saúde mental nesse nível de atenção. Para registrar as ações de psiquiatras utilizamos o indicador “atendimento realizado por psiquiatra na AB por 1.000 habitantes”. Em 2010 Campinas apresenta uma razão de cerca de 30 atendimentos realizados por psiquiatra por mil habitantes. Ocorre uma queda expressiva nos dois anos seguintes, chegando à razão de 9 por mil em 2012, em seguida aumentando para 18 por mil em 2013, mantendo-se estável no ano seguinte e com pequena redução em 2015 (v.p.e.: -50%). Porto Alegre também exibe queda expressiva na quantidade de atendimentos durante o período estudado: em 2010 possui uma razão de 24 atendimento por mil habitantes, apresentando queda expressiva até 2013, quando chega a cerca de 3 por mil e mantém-se estável nos dois anos seguintes (v.p.e.: -89%). São Paulo apresenta a menor variação nos atendimentos, com uma razão de 22 por mil em 2010 e 18 por mil em 2015 (v.p.e.: -15%). Fortaleza exibe uma frequência muito baixa de atendimento de psiquiatria na atenção básica em todo o período: em 2010 a razão foi cerca de 1,5 por mil habitantes, caindo para 0,3 em 2011 e não registrando nenhum procedimento individual ou de grupo nos anos seguintes.

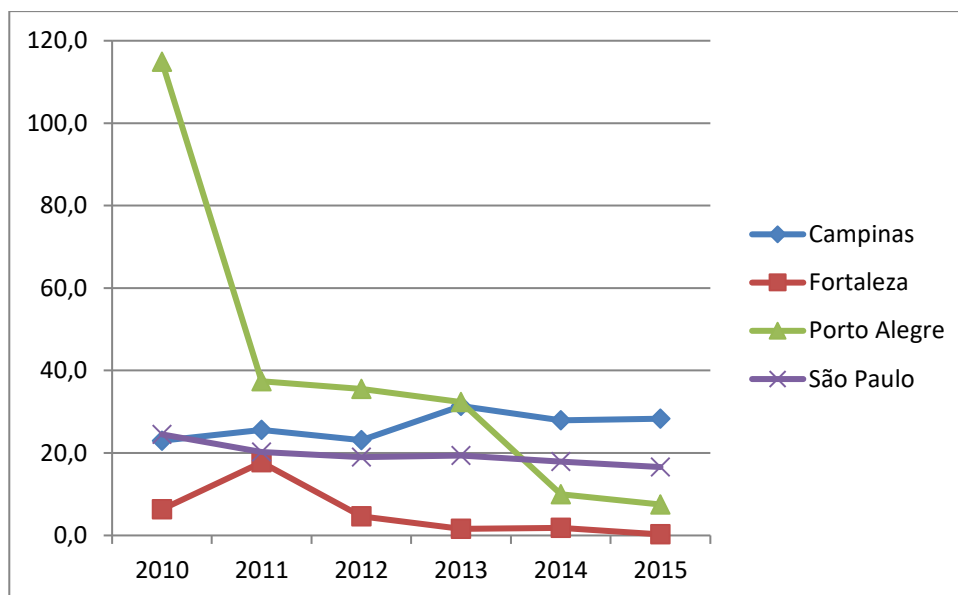
Figura 3 - Razão do nº de atendimentos / ano realizados por psiquiatra na AB por população (por 1.000 habitantes) (Fonte: SIASUS ou equivalente). Campinas, Fortaleza, Porto Alegre e São Paulo. 2010 a 2015.



No que diz respeito aos atendimentos de psicologia na atenção básica, os municípios apresentam, no ano mais recente, uma ordenação semelhante à observada em relação aos atendimentos de psiquiatria: Campinas apresenta a maior razão, com 28 procedimentos/ano por mil habitantes em 2015; seguida por São Paulo, com 17 por mil; Porto Alegre com 8 por mil; e Fortaleza exibe a menor razão, de 0,2 por mil.

Campinas foi o único município que ostenta variação positiva no período (v.p.e.: +23%), exibindo 23 procedimentos de psicologia por mil em 2010, e encerrando 2015 com 28 por mil. São Paulo apresenta pequenas variações a cada ano, com diminuição modesta, porém recorrente: 25 por mil em 2010 até 17 por mil em 2015 (v.p.e.: -32%). Fortaleza exibe aumento de 2010 para 2011, ano no qual a razão sobe de 6 por mil para 18 por mil. Porém, nos dois anos seguintes ocorre uma queda para 1,5 por mil, mantendo valor semelhante em 2014 e nova queda em 2015, para 0,2 por mil (v.p.e.: -96%). Porto Alegre ostenta um valor consideravelmente alto em 2010: 115 por mil, observando-se uma queda de 70% em 2011 (para 37 por mil) e modesta diminuição até 2013, quando novamente ocorre uma queda de 70% na razão, chegando em 10 por mil em 2014 e 8 por mil em 2015 (v.p.e.: -93%).

Figura 4 - Razão do número de atendimentos / ano realizados por psicólogo na Atenção Básica por população (por 1.000 habitantes). Campinas, Fortaleza, Porto Alegre e São Paulo. 2010 a 2015.



As razões mais altas de atendimentos de psiquiatra e de psicólogo, observadas nos períodos mais recentes em Campinas e São Paulo, evidenciam o investimento realizado na presença desses profissionais nas equipes de apoio à atenção básica. Campinas possui forte tradição em saúde mental, em especial em relação à atenção básica, com composição de equipes de apoio matricial em saúde mental bem anteriores à criação da política nacional do NASF, que promoveu inserção multiprofissional na AB em escala nacional (BRAGA CAMPOS, 2000; FIGUEIREDO; ONOCKO-CAMPOS, 2009). No entanto, alterações na política de contratação ocorridas nos anos de 2011 e 2012 produziram a saída de grande parte dos profissionais de saúde mental que atuavam na atenção básica, com a reposição ocorrendo parcialmente nos anos seguintes. Esse evento afetou principalmente a contratação de psiquiatras, de forma que a diminuição observada nesse período foi mais acentuada nos atendimentos dessa categoria profissional. Em 2015, observam-se 55 equipes de apoio em saúde mental, compostas de duplas de psiquiatra, psicólogo ou terapeuta ocupacional (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, 2016), porém já iniciando ajustes na metodologia de trabalho em direção ao formato NASF.

Em São Paulo, o apoio é realizado pelo NASF, que em 2010 já possuía 83 equipes consolidadas, representando a cobertura de quase 60% das equipes ESF (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 2011). Houve poucas flutuações na quantidade de equipes do município no período estudado. As equipes

possuem psiquiatras, porém ocorrem dificuldades na fixação especialmente desses profissionais. Destaca-se que o município tem conseguido manter taxa semelhantes entre procedimentos de psiquiatra e psicólogo, e relativamente estáveis no tempo, para ambas as categorias.

Em Fortaleza, que apresenta os menores indicadores tanto em procedimentos de psiquiatria como de psicologia, não houve contratação de psiquiatras nas equipes NASF, com apenas psicólogos e terapeutas ocupacionais enquanto profissionais de saúde mental. O investimento nessa política foi maior no período inicial do estudo, ocorrendo uma diminuição progressiva que explica a redução na produção dos psicólogos nos anos mais recentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Em Porto Alegre, a implantação das equipes NASF foi tardia, iniciando a partir de 2012 (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE, 2013). Em 2015, apresentava apenas sete equipes, com um a três profissionais de saúde mental (psiquiatra, psicólogo ou terapeuta ocupacional), apoiando cerca de 30% das equipes de saúde da família (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE, 2016).

Usuários dos CAPS: inquérito em serviço

As razões de procedimentos por habitante apresentadas dizem respeito a atendimentos realizados na atenção básica para a população em geral. Gostaríamos de destacar a atuação junto a um segmento específico, que diz respeito às intervenções realizadas para casos graves. Para tanto, utilizaremos os dados de um estudo transversal realizado com pessoas que estavam em acompanhamento no CAPS em 2016, período de realização do inquérito. Destacamos três informações referentes a esse levantamento, para em seguida compará-las com os indicadores apresentados anteriormente: a proporção de detecção inicial que foi realizada pela AB (em relação a detecções realizadas em outros serviços); a proporção de usuários que receberam tratamento inicial em SM na AB; e a proporção de usuários que buscam a AB em situações de crise psiquiátrica (em relação a usuários que não procuram esses serviços).

O local de detecção inicial do PSM indica a distribuição desse evento entre os diferentes serviços da rede, ocorrência que influencia a capacidade desses pontos regularem o acesso da demanda de saúde mental ao CAPS^d. Cabe destacar que essa não

^d A relação entre local de detecção inicial do PSM e origem do encaminhamento ao CAPS é discutida no nível individual no artigo 3, que também compõe esta tese.

é uma medida do volume de casos identificados em cada serviço, nem da precisão da detecção ou diagnóstico em cada serviço. Essa medida permite comparar, nos casos em acompanhamento no CAPS, a proporção de identificação inicial da demanda de saúde mental ocorrida em cada tipo de serviço: AB, CAPS, hospital psiquiátrico, hospital geral ou outros serviços.

Para os usuários de CAPS que vieram encaminhados da atenção básica, nos quatro municípios as unidades básicas de saúde destacam-se como serviço mais frequente na identificação inicial do PSM: 53% dos usuários de São Paulo; 46% dos usuários de Fortaleza; 34% dos usuários de Porto Alegre; e 33% dos usuários de Campinas. Em Campinas há uma proporção semelhante de identificação nos CAPS e na atenção básica (33%). Nos demais municípios a diferença entre os serviços com a segunda maior proporção é pronunciada: o CAPS representa a segunda maior proporção de detecções em Fortaleza (28%), enquanto o hospital geral representa a segunda maior proporção tanto em Porto Alegre (15%) como em São Paulo (15%) (ver quadro 1).

Quadro 1 – Média de Cobertura de Atenção Básica, média de cobertura de Estratégia Saúde da Família, média da razão de atendimentos de psiquiatra por habitante, média da razão de atendimentos de psicólogo por habitante e proporção de procura pela AB em situações de crise. Campinas, Fortaleza, Porto Alegre e São Paulo.

	Campinas	Fortaleza	Porto Alegre	São Paulo
Cobertura AB (%)*	66%	52%	61%	58%
Cobertura ESF (%)*	38%	39%	32%	31%
Atendimento psiquiatra na AB/ ano (por 1.000 hab)**	18,4	0	8,9	19,7
Atendimento psicólogo na AB/ ano (por 1.000 hab)**	26,6	5,4	39,6	19,6
Proporção de detecção inicial do PSM na AB (%)	33%	46%	34%	53%
Recebimento de tratamento de saúde mental na AB (%)	71%	47%	70%	65%
Procura pela AB em situações de crise (%)	14%	2%	32%	10%

* Média das taxas dos anos 2010 a 2015

** Média das razões por mil de 2010 a 2015

Para esses usuários, não parece haver correlação direta entre a proporção de PSM identificados na AB e a cobertura recente de AB, pois Campinas e Porto Alegre, que possuem as maiores médias de cobertura no período estudado (66% e 61%) tem menor percentual de detecção que Fortaleza, que possui uma cobertura média menor (52%). Por sua vez, São Paulo apresenta o maior percentual de detecção na AB e possui cobertura média semelhante a Campinas e Porto Alegre (58%). Contudo, essa comparação deve ser vista com cautela, pois enquanto a cobertura de AB refere-se ao período 2010 a 2015, o

período em que ocorreu a detecção do PSM dos usuários de CAPS apresenta um intervalo de maior amplitude, sem restrições de período.

Também chama a atenção a possível relação entre a detecção inicial na AB e as razões de atendimentos feitas por psiquiatras e psicólogos. Apesar de Campinas e São Paulo apresentarem as razões mais estáveis e valores médios semelhantes, a proporção de detecção na AB é proporcionalmente maior em São Paulo que em Campinas. Já Porto Alegre, que apresentou oscilações bruscas nas razões de atendimento, apresenta uma proporção de detecção na AB semelhante a Campinas, enquanto que Fortaleza, que apresenta grandes variações, mas de modo geral pequenas taxas de atendimento por habitante, apresenta uma taxa de detecção mais próxima à de São Paulo.

A proporção de detecção é uma medida relacional, pois é dependente do funcionamento de um serviço (detecção realizada nos centros de saúde, nesse caso) em relação ao funcionamento dos demais (detecção realizada em hospitais, prontos-socorros, CAPS). A relação aparentemente irregular entre a proporção de detecção na AB e a realização de intervenções de SM reforça a concepção de que o funcionamento das redes de saúde mental, enquanto sistema interconectado, necessita ser compreendido na inter-relação de seus vários componentes, sendo insuficiente a análise individual por serviço(s) (AMARAL; BOSI, 2016, 2017; THORNICROFT; TANSELLA, 1999, 2008).

Outra informação relevante para caracterizar a saúde mental na AB de cada um dos municípios estudados diz respeito ao recebimento de intervenções de saúde mental. Os valores utilizados representam o recebimento de qualquer tipo de tratamento em saúde mental, não discriminando tipo de profissional ou procedimento realizado.

O tratamento prévio de saúde mental na AB para pessoas em acompanhamento no CAPS no momento do estudo foi mais frequente em Campinas (70%) e Porto Alegre (70%), com São Paulo apresentando um valor semelhante (65%), e proporção mais baixa em Fortaleza (47%). Curiosamente, esses valores não se apresentam em frequência semelhante aos procedimentos realizados por psiquiatras e psicólogos na AB, mas apresentam-se em acordo com a média de cobertura da AB de cada município no período estudado (ver quadro 1). Tal semelhança pode ser decorrente do efeito das ações realizadas pelas equipes generalistas no volume de tratamento em saúde mental ofertado, de maior volume que os procedimentos realizados diretamente por psiquiatras ou psicólogos.

Seria interessante investigar as ações realizadas pelos profissionais de saúde mental na AB não apenas em relação à quantidade de atendimentos realizados, mas com

um enfoque que identifique o quanto estas aumentam a realização de intervenções por parte da equipe de atenção básica. Tal medida seria mais adequada para identificar o papel de suporte postulado para as equipes NASF e apoiadoras em saúde mental.

No entanto, ressaltamos que as informações sobre recebimento de tratamento em saúde mental na AB por usuários do CAPS não discriminam o período das intervenções, de forma que não é possível a comparação direta entre esses dados e as razões de procedimentos de psiquiatra e psicólogo por habitante apresentadas anteriormente. Considerando essas ressalvas, apontamos que a alta proporção observada em Porto Alegre pode ter sido afetada também pelas razões mais altas observadas em 2010 (e, possivelmente, altas também em anos anteriores), uma vez que as razões de atendimentos em saúde mental reduziram drasticamente no restante do período estudado (ver figuras 3 e 4).

Em Campinas, apesar das oscilações observadas nas razões de procedimentos por habitante, cabe destacar que a presença da saúde mental na atenção básica tem sido estimulada desde o início da Reforma Psiquiátrica, período que em muito ultrapassa os anos incluídos nas mensurações de procedimentos.

Em Fortaleza o percentual mais baixo de tratamento de saúde mental na AB encontrado parece estar de acordo com as razões modestas de atendimentos de psiquiatria e psicologia encontradas no período estudado, e com a diminuição recente do investimento em equipes NASF.

Os percentuais de pessoas que receberam tratamento na AB também não seguem uma distribuição equivalente à proporção de detecção inicial ocorrida nesse nível de atenção. Enquanto que nas redes de Campinas e Porto Alegre a detecção foi menos frequente (33% e 34%, respectivamente), os percentuais de tratamento foram maiores nesses dois municípios (ambos com 70%), em comparação com Fortaleza e São Paulo^o. Apenas São Paulo tem simultaneamente valores altos tanto na proporção de detecção (53%) como na oferta de tratamento em saúde mental (65%) na AB (ver quadro 1).

A última informação destacada refere-se à procura de serviços em situações de crise psiquiátrica. Buscamos identificar qual a proporção de usuários do CAPS em cada município que reconhece a atenção básica enquanto um local de acolhimento para essas situações (sendo facultado aos respondentes listarem mais de um serviço como opção).

^o Os fatores associados a receber tratamento de saúde mental na atenção básica para usuários do CAPS são discutidas no artigo 4, que também integra essa tese de doutorado.

Essa medida representa a aceitabilidade dos serviços por parte dos usuários (SANCHEZ; CICONELLI, 2012), e não o volume de atendimento à crise efetivamente praticado.

A aceitabilidade dos serviços está relacionada à disponibilidade de acesso e à avaliação da qualidade e adequabilidade da atenção ofertada, gerando uma demanda modulada subjetivamente (BAREMBLIT, 1994). Por um lado, a disponibilidade de acesso de cada serviço é determinada pela provisão dos serviços na rede, pela organização da assistência de cada serviço a demandas agudas não planejadas, assim como por estratégias de regulação das urgências em saúde mental por parte da gestão de cada rede de saúde (DONABEDIAN, 1973). Contudo, as opiniões sobre qualidade e adequabilidade de cada serviço são influenciadas tanto por experiências pessoais prévias com os serviços como pela representação que cada local possui no imaginário da população, e ambos os aspectos são mediados ainda pela necessidade percebida pelo usuário em cada situação específica de crise. Observa-se, portanto, uma conjunção de influências de ordem individual e sistêmica, de natureza objetiva e subjetiva, que orienta as decisões práticas acerca de qual serviço (ou serviços) buscar em uma situação de crise.

Porto Alegre apresenta o maior percentual de pessoas buscando os centros de saúde em situações de crise (32%), e foi também o único município em que esses serviços apresentaram maior proporção que as demais opções. Em Fortaleza apenas 2% mencionaram o serviço, enquanto que em São Paulo os centros de saúde são procurados por 10%, e em Campinas por 14%.

Ainda que as cidades que possuem as maiores proporções de tratamento em saúde mental na AB (Campinas, Porto Alegre e São Paulo) também tenham os maiores percentuais de procura pela AB na crise, o valor encontrado em Porto Alegre se destaca. O volume dessa medida no município parece ser decorrente também de suas estratégias formais de regulação, que têm fortalecido a atenção básica como porta preferencial para primeiro acesso e demandas não programadas de agravos em geral, inclusive saúde mental.

As práticas de atenção à crise na atenção básica podem adquirir características do modelo psicossocial ou asilar (MINOZZO; COSTA, 2013), implicando em diferentes condutas e graus de participação dos profissionais da AB no manejo das situações de crise. Destaca-se que Porto Alegre não possui CAPS III para transtorno mental de adultos, sendo de interesse investigar que estratégias são utilizadas nas unidades básicas do município, incluindo as articulações realizadas com outros equipamentos a partir dessas unidades. Nos outros três municípios pesquisados os percentuais são pequenos, o que

indica certa autonomia desse indicador com as razões de procedimento de psiquiatras e psicólogos na AB, assim como das proporções de tratamento em saúde mental recebido e de detecção inicial na AB.

Conclusão

Este estudo buscou caracterizar a saúde mental na atenção básica em quatro municípios brasileiros de grande porte, por meio de indicadores que destacam os diferentes processos envolvidos nesse percurso, assim como as diferenças de valores desses índices em cada local.

Esse é o primeiro estudo que identificamos que utiliza informações de fontes de dados dessa natureza para compor um perfil mais abrangente em relação à saúde mental na atenção básica em diferentes cenários brasileiros. Contudo, o uso de informações de natureza diferente demanda cautela na comparação direta entre as medidas. Uma limitação refere-se à abrangência municipal do primeiro conjunto de indicadores (oriundos dos sistemas de informação), ao passo que o segundo conjunto refere-se apenas a um segmento dos usuários do SUS. Ainda que o inquérito realizado represente o funcionamento dos serviços CAPS de cada um dos municípios, apresenta um recorte com usuários graves em acompanhamento nesses serviços. Outro ponto é que as informações secundárias possuem mensuração ao longo do tempo (2010 a 2015), enquanto que o estudo transversal fornece uma medida pontual da população em acompanhamento no CAPS em um período específico. Contudo, as informações buscadas no estudo transversal têm um caráter retrospectivo, incluindo o período de estudo dos dados secundários, ainda que não se restrinjam à mesma periodização.

Outra limitação refere-se à confiabilidade dos sistemas de informação, que possuem níveis variados de qualidade de preenchimento, o que pode produzir alguns valores subestimados em graus diferentes, influenciando os resultados. Enquanto que já foram identificadas avaliações de qualidade e melhorias em alguns sistemas específicos (SILVA et al., 2014), a avaliação dos indicadores de saúde mental permanece restrita à mortalidade por suicídio (MACENTE; ZANDONADE, 2010), com lacunas importantes sobre morbidade e processos de cuidado (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Em relação à possibilidade de avaliar as redes a partir dos dados apresentados, não encontramos referências normativas na literatura nacional ou internacional que apontem para os valores “adequados” de cada um dos processos destacados no estudo. Quais

seriam os valores “ideais” de atendimento psiquiátrico na AB? Qual seria a proporção “recomendável” de detecção de problemas de saúde mental na atenção básica? O que seria um percentual “insuficiente” de participação da atenção básica em situação de crise? Todavia, a ausência de tais referências, longe de caracterizar um distanciamento desse estudo em relação às necessidades do monitoramento e planificação dos sistemas de saúde mental, aponta a necessidade de pesquisas e sistemas de informação que gerem evidências para a compreensão integrada dos serviços e processos que compõem as redes de atenção. A identificação de necessidades, assim como de lacunas (e eventualmente, excessos) no provimento de determinados serviços e intervenções demanda uma abordagem integrada, que verifique os efeitos de um serviço nos demais, e capture o funcionamento da rede enquanto um organismo sincrônico.

Na falta de referências normativas, ou de estudos de perspectiva semelhante, a comparação entre os municípios mostrou-se útil para apresentar a extensão que os valores de cada indicador podem apresentar.

O estudo realizou um mapeamento inicial para esclarecer o contexto e destacar situações atípicas ou ilustrativas para geração de indagações e hipóteses explicativas preliminares, a serem desenvolvidas em estudos subsequentes. O “retrato” dos municípios apresentados mostra que, mais do que mera presença ou ausência nas redes de atenção, a assistência em saúde mental coloca em movimento vários processos que, apesar de interligados, não ocorrem na mesma frequência em cada cenário.

Referências bibliográficas

AMARAL, C. E. M. et al. Apoio matricial em saúde mental na atenção básica: efeitos na compreensão e manejo por parte de Agentes Comunitários de Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 67, 2018.

AMARAL, C. E. M.; BOSI, M. L. M. Network as transconcept: elements for a conceptual demarcation in the field of public health. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. 51, p. Epub, 2016.

AMARAL, C. E. M.; BOSI, M. L. M. O desafio da análise de redes de saúde no campo da saúde coletiva. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 2, p. 424–434, jun. 2017.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

BAREMBLIT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Ed. Rosa dos Tempos, 1994.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o Trabalho em Rede: Tecendo o Apoio Matricial na Atenção Básica. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 28, n. 3, p. 632–645, 2008.

BRAGA CAMPOS, F. **O modelo da reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos**. [tese] Doutorado em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2000.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 154. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília: 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 3.088. Institui a Rede de Atenção Psicossocial. Brasília: 2011.

CAMPOS, G. W. DE 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. DE S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência : uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 23, n. 2, p. 399–407, 2007.

DIMENSTEIN, M. et al. O Apoio Matricial em Unidades de Saúde da Família : experimentando inovações em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 1, p. 63–74, 2009.

DONABEDIAN, A. The assesment of need. In: DONABEDIAN, A. (Ed.). . **Aspects of medical care administration**. Cambridge: Harvard University Press, 1973.

FIGUEIREDO, M. D.; ONOCKO-CAMPOS, R. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 129–138, 2009.

GAMA, C. A. P. DA; ONOCKO-CAMPOS, R. Saúde Mental na Atenção Básica: uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, n. 2, p. 112–131, 2009.

MACENTE, L. B.; ZANDONADE, E. Avaliação da completude do sistema de informação sobre mortalidade por suicídio na região Sudeste, Brasil, no período de 1996 a 2007. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 3, p. 173–181, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portal da Saúde. Departamento de Atenção Básica**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 1 jan. 2018.

MINOZZO, F.; COSTA, I. I. DA. Apoio matricial em saúde mental: fortalecendo a saúde da família na clínica da crise. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, v. 16, n. 3, p. 438–450, 2013.

MIRANDA, L.; ONOCKO-CAMPOS, R. Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. **Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 26, n. 6, p. 1153–1162, 2010.

MOREIRA, C. P.; AMARAL, C. E. M. Ações dos agentes comunitários de saúde no cuidado em saúde mental. In: NUNES, M. DE O.; LANDIM, F. L. P. (Eds.). **Saúde Mental na Atenção Básica: política e cotidiano**. Salvador: EDUFBA, 2016. p. 496.

NUNES, M. D. O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 6, p. 1639–1646, 2002.

NUNES, M. DE O.; JUCÁ, V. J. DOS S.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 23, n. 10, p. 2375–2384, 2007.

NUNES, M. DE O.; LANDIM, F. L. P. **Saúde Mental na Atenção Básica: política e cotidiano**. Salvador: EDUFBA, 2016.

NUNES, M. DE O.; ONOCKO-CAMPOS, R. Prevenção, atenção e controle em saúde mental. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Eds.). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 720.

O plano integrado de saúde mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 31, n. 2, p. 139–140, 1978.

ONOCKO-CAMPOS, R. et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva. saúde coletiva**,

v. 16, n. 12, p. 4643–4652, 2011.

ONOCKO-CAMPOS, R.; GAMA, C. Saúde mental na atenção básica. In: CAMPOS, G. W. DE S. et al. (Eds.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; WONKA. **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: Uma perspectiva global**. Geneva: Organização Mundial de Saúde, 2008.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 31, n. 3, p. 260–268, 2012.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS. **Relatório Anual de Gestão 2015**. Campinas: Secretaria Municipal de Saúde, 2016.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE. **Relatório de Gestão 2012**. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde, 2013.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE. **Relatório de Gestão 2015**. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde, 2016.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO. **Relatório de Gestão 2010**. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, 2011.

SILVA, L. P. DA et al. Avaliação da qualidade dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos e do Sistema de Informações sobre Mortalidade no período neonatal, Espírito Santo, Brasil, de 2007 a 2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 7, p. 2011–2020, jul. 2014.

SOUZA, L. G. S. et al. Saúde mental na estratégia saúde da família: revisão da literatura brasileira. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 4, p. 1022–1034, dez. 2012.

THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. **The Mental Health Matrix: A Manual to Improve Services**. London: Cambridge University Press, 1999.

THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. **Better mental health care**. London: Cambridge University Press, 2008.

VANNUCCHI, A. M. C.; CARNEIRO JUNIOR, N. Modelos tecnoassistenciais e atuação do psiquiatra no campo da atenção primária à saúde no contexto atual do Sistema Único de Saúde, Brasil. **Physis**, v. 22, n. 3, p. 963–982, 2012.

VÉRAS, M. M. S. et al. Sistema de Informação dos Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família - SINAI. **Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 1, p. 165–171, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **mhGAP: Mental Health Gap Action Programme Scaling Up Care for Mental, Neurological and Substance Use Disorders**. Geneva: WHO, 2008.

YASUI, S. **Rupturas e encontros desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

Artigo 3. Itinerários terapêuticos até o CAPS: origens dos encaminhamentos em Campinas e Fortaleza e fatores associados

Resumo

A trajetória assistencial de pessoas com problemas de saúde mental (PSM) é influenciada pela arquitetura da rede de serviços e das práticas clínicas oferecidas, assim como características sócio-demográficas e valores culturais da população. Uma forma de destacar esses aspectos são os estudos de itinerário terapêutico, que evidenciam os diferentes percursos no acesso à atenção em saúde mental. Este estudo evidenciou como se distribuem os usuários do CAPS em relação às vias de acesso ao serviço, bem como identificou características associadas ao ingresso via demanda espontânea e via encaminhamento pela Atenção Básica (AB). O estudo consistiu em um estudo transversal com 983 usuários de CAPS, realizado por meio de inquérito nos serviços de Campinas-SP e Fortaleza-CE, componente do projeto-matriz *AcesSUS*. A maior proporção de encaminhamentos ao CAPS origina-se, em Campinas, da AB (14%) e, em Fortaleza, do hospital psiquiátrico (32%). Para as duas cidades, modelos de regressão logística múltipla indicaram que a via de acesso ao CAPS está associada ao local de primeira identificação do PSM e a características sócio-demográficas: encaminhamento via AB está positivamente associado com detecção inicial na AB (Fortaleza e Campinas), maior idade (apenas em Campinas) e diagnóstico autodeclarado de ansiedade ou depressão (apenas em Campinas); ao passo que acesso enquanto demanda espontânea está associado positivamente à detecção inicial do PSM no CAPS e cor branca (Fortaleza e Campinas), e negativamente a uso prévio de psicotrópicos (apenas em Campinas). Essas evidências fortalecem o papel da atenção básica na detecção precoce de PSM, e indicam um itinerário ao CAPS diferenciado para pessoas brancas em ambas as cidades. Adicionalmente, apontam para diferenças entre os segmentos que acessam o CAPS por cada via de acesso, qualificados de forma particular nas modelagens locais da rede de atenção psicossocial.

Palavras-chaves: itinerário terapêutico; saúde mental; redes de atenção; acesso; CAPS

Abstract

The clinical pathways of people with severe mental health issues are influenced by the design of the health services network and the clinical interventions offered, as well as socio-demographic characteristics and cultural values of the population. A way to highlight those aspects are the therapeutic itineraries studies, which highlight the different paths to mental health care. This paper describes the distribution of the source of referral for mental health community services (CAPS), and identifies factors associated with direct access and with primary care (PC) regulated access. The study used a cross-sectional design with 983 CAPS patients, performed via in-service inquiries, as part of the multicentre *AcesSUS* project. The largest proportion of patients comes from PC in Campinas (14%), and, in Fortaleza, from psychiatric hospitals (32%). In both cities, multiple logistic regression models indicated that the source of referral to the CAPS is associated with the place where the MH issue was first detected and with socio-demographic characteristics. Being referred from PC correlates with initial detection at PC (in both cities), higher age (only in Campinas) and self-declared diagnosis of depression or anxiety (only in Campinas). The path of direct access to the CAPS is positively associated with initial detection at the CAPS and being white (in both cities),

as well as negatively correlated with previous use of psychiatric medication (only in Campinas). This evidence supports the importance of PC in early detection, and indicates diverse pathways for whites and non-whites in both cities. Additionally, it highlights dissimilarities between groups that access the CAPS via each pathway and are affected distinctively in the local arrangements of the psychosocial care networks.

Keywords: clinical pathways; mental health; healthcare networks; access; community mental health services

Introdução

A atenção à saúde mental organiza-se de diferentes maneiras ao redor do mundo. Podemos classificar o desenvolvimento de políticas de saúde mental em três grandes períodos sequenciais: a ascensão do modelo asilar, caracterizado pela segregação das pessoas em grandes instituições de longa permanência; o declínio do asilo, quando surgem críticas ao modelo anterior acerca de sua ineficácia, ineficiência e violações de direitos humanos; e o desenvolvimento da atenção comunitária, onde priorizam-se serviços abertos para o acompanhamento das pessoas com problemas de saúde mental (PSM) em um ambiente de manutenção e fortalecimento de seus laços sociais (THORNICROFT; TANSELLA, 1999). Contudo, a reminiscência parcial de características dos períodos anteriores, a priorização de terapêuticas específicas, o nível de investimento nos sistemas de saúde e a integração da assistência à saúde mental no sistema de saúde em geral produzem variadas combinações de redes de serviços, com variados graus de integração entre dispositivos de saúde e articulação com instituições de outros setores (AMARAL; BOSI, 2013).

Atualmente, a política nacional de saúde mental no Brasil estabelece a identificação, acolhimento, tratamento e acompanhamento de pessoas com problemas de saúde mental (PSM) no Sistema Único de Saúde (SUS) em serviços de diferentes complexidades, organizados na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Essa rede contém diferentes componentes, incluindo os serviços de atenção básica (AB), como centros de saúde da família e equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); atenção especializada, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e ambulatórios de psiquiatria; e atenção hospitalar, com leitos de internação localizados em enfermarias de saúde mental em hospitais gerais ou em hospitais psiquiátricos. Apesar da existência de uma política nacional única, a provisão e o modo de funcionamento desses diferentes serviços nas cidades brasileiras apresentam-se extremamente variados^f (COSTA; CORRÊA; SILVA, 2015; DIMENSTEIN et al., 2012; ONOCKO-CAMPOS et al., 2008; QUINDERÉ; JORGE, 2010; ZAMBENEDETTI; PERRONE, 2007).

Em decorrência do movimento de Reforma Psiquiátrica, desenvolvido no Brasil a partir da década de 1970 (AMARANTE, 1995), os CAPS tornaram-se os principais serviços de atenção à saúde mental no SUS. Os CAPS priorizam o atendimento a pessoas

^f Conforme evidenciado também no artigo 2, “*Ações de saúde mental na atenção básica de quatro municípios brasileiros de grande porte*”, que também compõe essa tese de doutorado

com transtornos mentais severos e persistentes, e são responsáveis pelo acompanhamento do maior volume de usuários desse segmento. De modo complementar, nas últimas décadas a atuação da atenção básica tem sido reivindicada de forma crescente para a detecção de situações de sofrimento psíquico e transtorno mental, acompanhamento dos casos mais leves, e direcionamento dos casos mais complexos para os CAPS (FIGUEIREDO; ONOCKO-CAMPOS, 2009; NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007; NUNES; LANDIM, 2016; ONOCKO-CAMPOS; GAMA, 2009).

Dentro da lógica sistêmica da RAPS, os serviços de AB são fundamentais na coordenação do cuidado a casos de diferentes gravidades no conjunto de pontos de atenção da rede. Em episódios agudos que caracterizem situações de urgência psiquiátrica, destaca-se a função de articulação do CAPS e da AB com serviços de emergência e hospitais, exercida mediante enormes desafios técnicos e éticos, dentro do paradigma de Atenção Psicossocial (DIMENSTEIN et al., 2012).

A trajetória assistencial de pessoas com problemas de saúde mental é influenciada pela arquitetura da rede de serviços, assim como características clínicas, demográficas e valores culturais da população que a utiliza. Uma forma de destacar esses aspectos são os estudos de itinerário terapêutico, que identificam ações e estratégias utilizadas na busca por auxílio para problemas de saúde, e os respectivos processos realizados pelos profissionais e instituições responsáveis pela atenção (EVANS-LACKO et al., 2008; GOLDBERG; HUXLEY, 1980; ROGLER; CORTES, 1993). Os estudos de itinerários terapêuticos podem enfatizar os pontos de primeiro contato na busca por tratamento em saúde mental, destacar as vias de acesso aos serviços especializados em saúde mental, ou ressaltar os procedimentos realizados em cada etapa da trajetória. Adicionalmente, podem identificar fatores associados a cada um desses processos, atribuídos ao sistema de saúde, aos usuários, aos profissionais ou à prática clínica desenvolvida nos diferentes serviços.

Estudos internacionais destacam formas diferenciadas de funcionamento dos sistemas de saúde mental, identificando os padrões de distribuição da demanda entre os componentes de cada sistema, e variações nos pontos prioritários de primeiro contato e nos padrões de encaminhamentos entre serviços (ANDERSON; FUHRER; MALLA, 2010; SINGH; GRANGE, 2006; VOLPE et al., 2015). No Brasil, estudos que investigam o itinerário terapêutico em saúde mental têm utilizado exclusivamente metodologias qualitativas, ainda que alguns estudos abordem etapas do itinerário em perspectivas

quantitativas e qualitativas^g. O estudo dos padrões de itinerários encontrados em cada rede de saúde fornece informações importantes sobre seu modo de funcionamento, sendo úteis para o monitoramento da demanda no sistema de saúde e planejamento dos serviços.

Os protocolos de regulação dos diferentes sistemas de saúde privilegiam ou impedem determinadas rotas de acesso aos serviços de saúde mental. Dentro da organização da RAPS, é possível chegar ao CAPS por diferentes vias: encaminhamento pelos serviços de atenção básica; após alta de internações em hospitais gerais ou psiquiátricos; ou mesmo por demanda espontânea, buscando diretamente o CAPS sem a mediação de outro serviço de saúde.

Em sistemas de saúde baseados na atenção primária, espera-se que o contato inicial dos itinerários terapêuticos de saúde mental ocorra prioritariamente em serviços desse nível de atenção (GATER et al., 1991; GOLDBERG; HUXLEY, 1980). Essa estratégia busca regular o acesso à especialidade, de modo a selecionar apenas os casos mais graves para os demais níveis de atenção. Simultaneamente, busca ofertar um primeiro contato com o sistema de saúde de forma acessível, por meio de médicos ou equipes multiprofissionais generalistas, que atuam próximos ao local de moradia da população de sua referência. Contudo, em sistemas de saúde com baixa cobertura de serviços de atenção básica, esse modelo pode produzir um gargalo no acesso a intervenções de maior complexidade (VOLPE et al., 2014). Além disso, a regulação adequada também é dependente da qualidade da detecção e avaliação de gravidade realizada pelos profissionais generalistas, aspectos que também podem comprometer o acesso à especialidade (GOLDBERG; HUXLEY, 1980).

A possibilidade de acesso direto aos serviços de saúde mental está presente em parte dos sistemas de saúde. No caso brasileiro, a opção por manter CAPS como serviços “porta aberta” tornou-se uma estratégia clínica e política para consolidação do modelo psicossocial, no intuito de melhorar a acessibilidade dos serviços substitutivos (DE PINHO; HERNÁNDEZ; KANTORSKI, 2009; DIAZ, 2009). Esse modelo privilegia o estabelecimento de trajetórias menos coercitivas na assistência em saúde mental, facultando o início da trajetória assistencial em serviços comunitários como alternativa à procura de serviços hospitalares.

Uma consequência do acesso direto ao CAPS é realização da regulação da demanda pelo próprio serviço, gerando um aumento na carga de trabalho com avaliações

^g Vide a revisão sistemática que compõe o primeiro artigo desta tese.

iniciais de casos que não irão manter o acompanhamento no serviço e serão redirecionamento para outros locais (geralmente, serviços de atenção básica). A percepção dos profissionais do CAPS acerca da capacidade da atenção básica lidar adequadamente com esses casos é também um fator determinante para o limiar de gravidade estabelecido como critério de encaminhamento em cada serviço (AMARAL; BOSI, 2017).

Não encontramos na literatura nacional estudos que mapeassem as vias de acesso ao CAPS, nem que investigassem diferenças entre segmentos oriundos de diferentes vias de acesso. Destarte, não é claro se o grupo que acessa o CAPS enquanto demanda espontânea apresenta características distintas dos demais usuários, nem se há diferenças no subgrupo originário da atenção básica. Ademais, não está estabelecido se as conformações locais das RAPS exibem caracterizações particulares da distribuição desses segmentos.

Este estudo busca identificar como se distribuem os usuários do CAPS em relação às possíveis vias de acesso ao serviço, bem como identificar características sócio-demográficas, do percurso prévio na rede e do diagnóstico autorreferido associadas ao acesso ao CAPS via demanda espontânea e ao acesso via AB.

Metodologia

A pesquisa consistiu em um estudo transversal com usuários de CAPS, realizado por meio de inquérito em serviços. A coleta de dados foi realizada de março a setembro de 2016, e compreendeu 390 usuários dos seis CAPS de Campinas (tipo III) e 593 usuários dos seis CAPS em Fortaleza (cinco CAPS II e um CAPS III), correspondendo à totalidade de serviços dessa modalidade que atendem a população adulta nesses municípios. Não foram incluídos os CAPSad, responsáveis por problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, nem os CAPSi, responsáveis pela população menor de 18 anos.

O estudo integra o projeto AcesSUS, uma pesquisa multicêntrica sobre o funcionamento da atenção básica e atenção especializada em quatro condições traçadoras: transtorno mental grave, hipertensão arterial sistêmica, câncer de mama e gestação de risco.^h

^h <http://www.fcm.unicamp.br/acessus>

Locais de realização do estudo

Campinas localiza-se no interior do estado de São Paulo, na região sudeste. Apresenta população de 1.164.098 e IDH de 0,805. Fortaleza é a capital do estado do Ceará, localizando-se na região nordeste, possuindo 2.591.188 habitantes e IDH de 0,754 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFICA E ESTATÍSTICA, 2015a). Em 2015, a cobertura de atenção básica mostrava-se semelhante nos dois municípios (65% de cobertura), ainda que a estratégia saúde da família tenha uma presença maior em Fortaleza (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). As equipes de saúde mental na atenção básica encontram-se mais bem estruturadas em Campinas, com 55 equipes de apoio no município no período do estudo (duplas compostas por psiquiatra, psicólogo ou terapeuta ocupacional) (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, 2016), enquanto Fortaleza possuía apenas dez NASF (com psicólogo, terapeuta ocupacional e outras especialidades, mas sem psiquiatras) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015), responsáveis pelo apoio em saúde mental e outras demandas de saúde.

As duas cidades possuem a mesma quantidade de CAPS para transtornos mentais na população adulta (seis serviços), porém em Campinas os serviços são do tipo III, com funcionamento 24h e leitos de hospitalidade integral (total de 40 leitos), enquanto em Fortaleza apenas um CAPS corresponde a essa modalidade (com 10 leitos).

Em 2015, o SUS de Campinas possuía 33 leitos de saúde mental em hospital geral, disponíveis em um hospital municipal e um hospital universitário, e 50 leitos em hospital psiquiátrico (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, 2016). Em Fortaleza, existiam 100 leitos em hospital psiquiátrico, e quatro leitos psiquiátricos em hospital geral, em um serviço universitário (EBSERH, 2015). Não apresentamos as taxas de leitos por habitante, pois alguns desses hospitais são de referência municipal, enquanto outros são regionais, possuindo populações de referência variadas. Em Fortaleza, cabe destacar que um dos hospitais psiquiátricos, serviço público de gestão estadual, possui um pronto-socorro que regula as urgências e emergências psiquiátricas do SUS do município, enquanto que em Campinas há uma central municipal de regulação de leitos, com participação de médico psiquiatra na mesa reguladora, direcionando as urgências para diferentes serviços para classificação de risco e internação.

Critérios de inclusão e amostragem

Os critérios de inclusão no estudo foram: 1) estar em acompanhamento no CAPS há três anos ou menos; 2) residir nos municípios pesquisados; 3) possuir condições

cognitivas para responder ao questionário; 4) não estar em situação de crise, internação hospitalar ou acolhimento integral no CAPS no período da coleta de dados. Os dois últimos critérios buscaram assegurar a compreensão dos usuários às perguntas do questionário e, conseqüentemente, a qualidade das respostas. A restrição do tempo de início do acompanhamento no CAPS buscou minimizar o viés de memória presente em informações retrospectivas autodeclaradas.

A amostra de Fortaleza foi ponderada a partir do volume de atendimento de cada serviço. Essa informação foi coletada em registros locais, pois não constam no Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde do município. Em Campinas buscou-se contato com todos os usuários dos CAPS dentro dos critérios de inclusão, obtendo-se um taxa de resposta de 68% das pessoas elegíveis no município. Os detalhes das estratégias de amostragem em cada município podem ser acessados no website da pesquisa AcesSUSⁱ, assim como maiores informações da metodologia da pesquisa.

Questionários

Os participantes responderam a um questionário desenvolvido na pesquisa AcesSUS, aplicado pela equipe da pesquisa nos CAPS, por meio de um aplicativo de *tablet*. O questionário visava aferir informações sócio-demográficas, diagnóstico autodeclarado e determinados eventos na trajetória dos usuários na rede de atenção psicossocial. As informações sócio-demográficas utilizadas nesse estudo incluem sexo, idade, cor, escolaridade e possuir convênio médico. Os eventos do itinerário empregados no estudo consistem em acontecimentos anteriores à chegada ao CAPS: origem do encaminhamento, local da detecção inicial do PSM, uso prévio de medicação psiquiátrica e internações psiquiátricas prévias. A variável “origem do encaminhamento” possui cinco opções: demanda espontânea, AB, hospital psiquiátrico, hospital geral, e outros serviços. A variável “local da detecção inicial do PSM” também possui cinco categorias: CAPS, AB, hospital psiquiátrico, hospital geral, e outros serviços. A versão integral do questionário se encontra disponível no website da pesquisa^j.

Análise dos dados

As informações sobre características sócio-demográficas, diagnóstico autorreferido e eventos do itinerário terapêutico foram descritas em frequências absolutas

ⁱ <http://www.fcm.unicamp.br/acessus/metodologia/inquerito-amostragem>

^j <http://www.fcm.unicamp.br/acessus/metodologia/inquerito-amostragem/questionarios>

e relativas. Os dados referentes a encaminhamentos originários de hospital geral foram particularizados em relação ao tipo de atendimento que gerou o encaminhamento: consulta médica, internação por questões de saúde em geral ou internação por questões de saúde mental. As informações referentes ao diagnóstico foram descritas inicialmente segundo grandes grupos diagnósticos (transtornos psicóticos, transtorno bipolar, transtornos ansiosos, transtornos depressivos, outros transtornos), porém, nas análises subsequentes, concentramos as informações em três categorias, buscando aproximar essa informação com uma mensuração de severidade, em vez de diferenciação diagnóstica. Desse modo, agrupamos transtorno bipolar e transtornos psicóticos em uma categoria, de maior gravidade esperada, e transtornos depressivos ou ansiosos em outra categoria, presumida como de menor gravidade. Os demais diagnósticos foram agrupados em uma terceira categoria, juntamente com as pessoas que não referiram um diagnóstico específico.

Em seguida, verificamos a associação entre a origem do encaminhamento ao CAPS e os demais fatores do estudo, utilizando o teste qui-quadrado de Pearson com nível de significância de 5%, para dados referentes aos usuários de Campinas, e o mesmo teste com correção de segunda ordem (RAO; SCOTT, 1981) para a amostra ponderada de Fortaleza. Para cada um dos municípios pesquisados, calculamos por meio de regressão logística simples as razões de chances (RC) entre encaminhamento ao CAPS via atenção básica e características sócio-demográficas, do itinerário na rede de saúde e diagnóstico autorreferido. A seguir, ajustamos um modelo de regressão logística múltipla para verificar quais fatores estariam, conjuntamente, associados com encaminhamento ao CAPS via atenção básica. Para inclusão no modelo múltiplo, consideramos $p < 0.20$ como critério de entrada, e $p < 0,05$ como critério de permanência no modelo final.

De modo semelhante, calculamos em cada município as RC brutas entre acesso ao CAPS enquanto demanda espontânea e os demais fatores do estudo (características sócio-demográficas, do itinerário terapêutico e diagnóstico autorreferido), e, em seguida, ajustamos um modelo múltiplo, mantendo os critérios descritos.

As análises foram realizadas no programa Stata versão 15, e na amostra de Fortaleza foram conduzidas utilizando o módulo SVY para ajustar os cálculos segundo ponderação por serviço.

Resultados

A amostra de Campinas apresenta-se predominantemente masculina (55%) enquanto que, em Fortaleza, houve predominância de mulheres (65%). A proporção de homens da amostra de Campinas apresenta-se superestimada em relação à população de usuários homens nos CAPS do município (45% masculina), indicando uma diferença na taxa de resposta entre homens e mulheres, ou uma distribuição particular do gênero dos usuários dentro dos critérios de inclusão do estudo.

Nos dois municípios, a amostra é composta predominantemente por pretos, pardos e índios, porém com maior proporção em Fortaleza (74%) do que em Campinas (56%). A distribuição de cor dos usuários difere da composição dos municípios, uma vez que 63% da população de Fortaleza compõe-se de pretos, pardos ou índios, enquanto que em Campinas representam 34% dos residentes (IBGE, 2010), indicando em ambas as cidades sub-participação de brancos nos serviços.

A média de idade em Campinas foi 41,1 anos (d.p. 13,5) e em Fortaleza 44 anos (d.p. 14,6). A distribuição da escolaridade nos dois municípios foi semelhante, com maior concentração na faixa de 12 ou mais anos de estudo. Nas duas amostras houve pequena quantidade de pessoas com convênio médico.

A distribuição dos diagnósticos autorreferidos apresenta-se diferente nos CAPS dos municípios: Campinas apresenta maior concentração de pessoas que afirmam diagnóstico de psicose (36%), enquanto em Fortaleza a faixa maior corresponde ao grupo de transtornos depressivos (34%). Há também diferença importante na referência a transtornos ansiosos, quase inexistentes na amostra de Campinas, mas que representam mais de 10% dos respondentes de Fortaleza.

Tabela 1 – Características sócio-demográficas, diagnóstico autorreferido e eventos do itinerário terapêutico dos usuários do CAPS. Campinas e Fortaleza, 2016

	Campinas (n=390)		Fortaleza (n=593)	
	n	(%)	n	(%)*
Sexo masculino	215	(55,3)	220	(35,5)
Cor branca	171	(43,8)	156	(26,1)
Idade				
18 a 29 anos	82	(21,4)	115	(18,9)
30 a 40 anos	98	(25,6)	108	(18,6)
40 a 50 anos	81	(21,1)	123	(22,2)
50 a 60 anos	80	(20,9)	132	(24,4)
60 anos ou mais	42	(10,9)	85	(15,8)
Anos de estudo				
0 a 3 anos	56	(14,4)	130	(22,7)
4 a 8 anos	118	(30,3)	163	(29,5)
9 a 11 anos	63	(16,2)	73	(11,4)
12 anos ou mais	152	(39,1)	222	(36,5)
Convênio médico	36	(9,3)	75	(12,9)
Diagnóstico				
Transtorno Psicótico	133	(35,8)	134	(22,9)
Transtorno Bipolar	53	(14,2)	62	(11,5)
Transtorno Depressivo	60	(16,1)	184	(33,9)
Transtorno Ansioso	6	(1,6)	63	(11,6)
Outros diagnósticos	32	(8,6)	26	(5,3)
Diagnóstico não-espec.	88	(23,7)	71	(14,9)
Origem do encaminhamento ao CAPS				
Demanda espontânea	55	(14,3)	90	(16,8)
AB	102	(26,4)	167	(29,8)
Hospital Psiquiátrico	54	(14,0)	215	(32,0)
Hospital Geral	71	(18,4)	28	(5,0)
Outros Serviços	104	(26,9)	86	(16,5)
Local de detecção inicial do problema de saúde mental				
AB	68	(18,3)	104	(18,0)
CAPS	94	(25,3)	97	(18,5)
Hospital Psiquiátrico	70	(18,8)	215	(32,7)
Hospital Geral	78	(21,0)	58	(11,1)
Outros Serviços	62	(16,7)	111	(19,8)
Internação psiquiátrica prévia	336	(86,8)	404	(66,4)
Uso prévio de medicação psiquiátrica	184	(47,9)	189	(30,6)

*A quantidade de observações refere-se ao valor original da amostra, enquanto que as proporções referem-se ao valor ponderado por serviço.

As proporções de chegada ao CAPS via demanda espontânea são próximas em Campinas (14%) e Fortaleza (17%), assim como os encaminhamentos ao CAPS via AB (26% e 30%, respectivamente). Em Fortaleza, o hospital psiquiátrico possui uma presença marcante na rede de atenção, sendo o serviço responsável pela maior proporção de encaminhamentos (32%), ainda que bastante próximo da proporção de encaminhados

pela AB no município. Pouco mais da metade dos encaminhamentos do hospital psiquiátrico são oriundos de consultas no serviço (56%, dados não mostrados), enquanto que os demais ocorreram após um período de internação.

Em Campinas, o hospital psiquiátrico encaminha apenas 5% da demanda que chega ao CAPS (predominantemente após internações: 87%, dados não mostrados). A AB é o local de origem mais frequente dos encaminhamentos (com proporção semelhante ao conjunto de “outros serviços” minoritários, que incluem encaminhamentos de consultórios privados, outros CAPS, comunidades terapêuticas, ambulatórios e prontos-socorros, porém cada um com quantidade individual desprezível).

Há também uma diferença considerável entre o percentual de encaminhamentos via hospital geral em Campinas (18%) e Fortaleza (5%). Além disso, o tipo de atendimento no hospital geral que gerou o encaminhamento apresenta um perfil diferente nos dois municípios: em Campinas, internações por problemas de saúde mental correspondem a cerca de 80% dos encaminhamentos ao CAPS oriundos do hospital geral, enquanto que, em Fortaleza, esse valor é de apenas 17% (dados não mostrados). Em Fortaleza, o tipo de atendimento em hospital geral que mais comumente gerou encaminhamento ao CAPS foram consultas clínicas de outras especialidades (67% dos encaminhamentos via hospital geral, dados não mostrados).

Apesar da participação dos hospitais psiquiátricos em Campinas ser menor na proporção de encaminhamentos ao CAPS (14%) e detecção inicial de PSM (19%) do que em Fortaleza (32% dos encaminhamentos, 33% da detecção inicial), os usuários de Campinas que chegam ao CAPS com internação psiquiátrica prévia são mais frequentes: 48% já haviam sido internados, enquanto que apenas 31% na capital cearense. Nas duas cidades, a maioria dos usuários chega ao CAPS tendo realizado uso prévio de medicação psiquiátrica, porém novamente os usuários de Campinas apresentam maior proporção: 87% vs. 66% em Fortaleza (ver tabela 1).

Fatores associados a encaminhamento ao CAPS via atenção básica em Campinas

Em Campinas, o local de identificação inicial do PSM mostrou-se associado a ser encaminhado por meio da atenção básica: pessoas cujo problema foi identificado no CAPS possuem chance 80% menor de chegar via AB (IC95%: 0,09 a 0,39); pessoas detectadas no hospital geral possuem chance 60% menor (IC95%: 0,18 a 0,73); e em hospital psiquiátrico, chance aproximadamente 85% menor (IC95%: 0,07 a 0,38). Também foi encontrada maior chance de acesso intermediado pela AB para pessoas mais

velhas (em comparação com o grupo de 18 a 29 anos): o grupo de 30 a 40 anos apresenta o dobro da chance, enquanto os demais grupos apresentam cerca do triplo da chance (ver tabela 2). Pessoas do grupo que referiu transtornos ansiosos ou depressivos possuem maior chance de encaminhamento pelos centros de saúde, em comparação tanto com o grupo que relatou transtornos psicóticos ou bipolaridade (RC 0,42; IC95%: 0,23 a 0,77), como com o grupo “outros diagnósticos ou diagnóstico não especificado” (RC 0,46; IC95%: 0,24 a 0,88).

No modelo multivariado, em Campinas, ter sido encaminhado ao CAPS por meio da AB está associado ao local de detecção inicial do PSM: identificação no CAPS implica em uma chance 76% menor (IC95%: 0,11 a 0,52); detecção em hospital geral implica em chance 58% menor (IC95%: 0,20 a 0,88); em hospital psiquiátrico chance 81% menor (IC95%: 0,08 a 0,44). Maior idade também está associada ao encaminhamento ter ocorrido por intermédio da AB, com maiores chances para os grupos de 30 a 40 anos, 40 a 50 anos e 50 a 60 anos, em comparação com o grupo mais jovem, de 18 a 29 anos (ver tabela 3). O grupo de 60 anos ou mais não apresentou correlação no modelo múltiplo. Pessoas que declaram problemas de saúde mental relacionados à psicose ou bipolaridade possuem chance 48% menor (IC95% 0,3 a 1,0) que pessoas do grupo que referiu problemas relacionados a ansiedade ou depressão.

Tabela 2 - Fatores associados a encaminhamento via atenção básica e fatores associados a encaminhamento via demanda espontânea. Campinas e Fortaleza, 2016.

	Encaminhamento via atenção básica								Demanda espontânea											
	Campinas				Fortaleza				Campinas				Fortaleza							
	n(%)	RC	IC95%	p	n(%)	RC	IC95%	p	n(%)	RC	IC95%	p	n(%)	RC	IC95%	p				
Local de identificação inicial do PSM				<0,01				<0,01				<0,01				<0,01				
AB	34 (50)	1 (base)			77 (78,3)	1 (base)			7 (6,7)	0,51	0,24	1,08	0,08	7 (7,1)	0,15	0,06	0,39	<0,01		
CAPS	15 (16,0)	0,19	0,09	0,39	<0,01	24 (24,3)	0,09	0,04	0,18	<0,01	32 (33)	1 (base)			32 (34)	1 (base)				
Hospital Geral	21 (26,9)	0,37	0,18	0,73	0,01	16 (29,7)	0,12	0,05	0,26	<0,01	9 (15,5)	0,06	0,01	0,27	<0,01	9 (15,1)	0,35	0,14	0,85	0,02
Hospital Psiquiátrico	10 (14,3)	0,17	0,07	0,38	<0,01	27 (12,7)	0,04	0,02	0,08	<0,01	14 (6,5)	0,18	0,07	0,50	<0,01	17 (7,7)	0,16	0,08	0,34	<0,01
Outros Serviços	18 (29,0)	0,41	0,20	0,85	0,02	23 (19,6)	0,07	0,03	0,14	<0,01	24 (21,6)	0,16	0,05	0,49	<0,01	24 (23,1)	0,59	0,31	1,13	0,11
Sexo masculino	48 (22,3)	0,64	0,41	1,01	0,05	58 (27,0)	0,82	0,55	1,24	0,35	61 (16,4)	1,50	0,83	2,70	0,18	29 (15,1)	0,83	0,50	1,39	0,48
Cor branca	46 (26,9)	1,07	0,68	1,69	0,77	48 (32,2)	1,11	0,72	1,71	0,64	59 (13,5)	1,96	1,10	3,50	0,02	31 (22,8)	1,73	1,04	2,88	0,03
Idade				0,03					0,27					0,45					0,56	
18 a 29 anos	11 (13,4)	1 (base)			25 (23,5)	1 (base)			20 (17,4)	1 (base)			20 (18,8)	1 (base)						
30 a 40 anos	26 (26,5)	2,33	1,07	5,07	0,03	31 (32,4)	1,56	0,80	3,04	0,19	12 (11,1)	1,31	0,59	2,91	0,50	12 (13,0)	0,64	0,28	1,47	0,30
40 a 50 anos	27 (33,3)	3,23	1,47	7,08	<0,01	33 (26,5)	1,18	0,61	2,26	0,63	20 (16,3)	0,55	0,21	1,48	0,24	20 (19,9)	1,07	0,51	2,22	0,86
50 a 60 anos	24 (30)	2,77	1,25	6,13	0,01	42 (32,5)	1,57	0,84	2,93	0,16	16 (12,1)	1,03	0,43	2,45	0,95	16 (13,0)	0,64	0,30	1,37	0,25
60 anos ou mais	13 (31,0)	2,89	1,16	7,20	0,02	33 (38,1)	2,00	1,02	3,91	0,04	14 (16,5)	0,97	0,34	2,80	0,96	14 (18,0)	0,95	0,43	2,09	0,89
Anos de estudo				0,38					0,79					0,15					0,79	
0 a 3 anos	19 (23,8)	1 (base)			40 (31,6)	1 (base)			16 (12,3)	1 (base)			16 (13,5)	1 (base)						
4 a 8 anos	26 (33,9)	0,55	0,27	1,11	0,10	45 (27,9)	0,84	0,48	1,46	0,53	23 (14,1)	1,84	0,64	5,23	0,26	23 (14,5)	1,08	0,52	2,25	0,83
9 a 11 anos	15 (22,0)	0,61	0,27	1,36	0,22	16 (24,8)	0,71	0,34	1,48	0,37	10 (13,7)	0,88	0,24	3,21	0,85	10 (15,4)	1,16	0,46	2,92	0,75
12 anos ou mais	42 (27,6)	0,74	0,39	1,44	0,38	62 (30,3)	0,94	0,56	1,57	0,81	41 (18,5)	2,20	0,80	6,04	0,13	41 (21,1)	1,71	0,87	3,33	0,12
Convenio médico	8 (22,2)	0,78	0,35	1,78	0,56	15 (21,8)	0,63	0,34	1,18	0,15	17 (22,7)	0,52	0,16	1,77	0,30	17 (23,8)	1,68	0,89	3,16	0,11
Internação psiquiátrica prévia	41 (22,3)	0,69	0,43	1,09	0,11	30 (15,4)	0,33	0,20	0,53	<0,01	14 (7,4)	0,43	0,24	0,80	0,01	14 (7,9)	0,33	0,18	0,62	<0,01
Medicação psiquiátrica prévia	85 (25,3)	0,74	0,39	1,41	0,36	108 (29,1)	0,92	0,61	1,39	0,70	44 (10,9)	0,22	0,11	0,43	<0,01	44 (11,4)	0,35	0,22	0,58	<0,01
Diagnóstico autorreferido				0,02					0,03					0,47					0,03	
T. depressivos ou ansiosos	27 (40,9)	1 (base)			83 (35,4)	1 (base)			47 (19,0)	1 (base)			47 (20,6)	1 (base)						
T. psicóticos ou bipolar	42 (22,6)	0,42	0,23	0,77	0,01	46 (23,0)	0,55	0,34	0,86	0,01	24 (12,3)	1,07	0,46	2,52	0,87	24 (13,9)	0,62	0,35	1,10	0,10
Outros diag. / diag. NE	29 (24,2)	0,46	0,24	0,88	0,02	25 (27,3)	0,69	0,39	1,20	0,19	16 (16,5)	1,54	0,64	3,69	0,34	16 (15,3)	0,70	0,36	1,35	0,29

Fatores associados a encaminhamento ao CAPS via atenção básica em Fortaleza

Em Fortaleza, o local de detecção inicial se encontra associado a menor chance do encaminhamento ter sido realizado pela AB, em comparação com pessoas detectadas na própria AB: as pessoas apresentam chance 91% menor (IC95%: 0,04 a 0,18) quando a detecção inicial ocorreu no CAPS; chance 88% menor quando a detecção ocorreu no hospital geral (IC95%: 0,05 a 0,26) e chance 96% menor para detecção realizada em hospital psiquiátrico (IC95%: 0,02 a 0,08; ver tabela 2). O diagnóstico autorreferido também está associado a ter sido encaminhado via atenção básica: o grupo que referiu psicose ou bipolaridade possui chance 45% menor do que o grupo que afirmou diagnóstico de transtornos depressivos ou ansiosos (IC95%: 0,34 a 0,86). Pessoas com internação psiquiátrica prévia possuem chance 67% menor (IC95%: 0,20 a 0,53).

Em Fortaleza, as variáveis posse de convênio médico, internação psiquiátrica prévia, diagnóstico autorreferido e local de identificação inicial do PSM foram testadas no modelo múltiplo ($p < 0,2$), porém apenas o local de identificação apresentou significância de 5% (ver tabela 3). Dessa forma, a RC, o intervalo de confiança e p-valor mantiveram-se os mesmos da análise bivariada apresentada anteriormente.

Fatores associados à chegada ao CAPS via demanda espontânea em Campinas

Chegar ao CAPS sem encaminhamento de nenhum serviço está associado ao local onde ocorre a detecção inicial do PSM ($p < 0,01$). Tendo a identificação no CAPS como base, as pessoas cujo problema foi identificado no hospital geral apresentam chance cerca de 90% menor (IC95%: 0,01 a 0,27), e pessoas cujo PSM foi detectado no hospital psiquiátrico possuem chance cerca de 80% menor (IC95%: 0,08 a 0,44). Não houve associação com pessoas primeiramente identificadas com PSM na atenção básica. Pessoas de cor branca tem cerca do dobro da chance de não-brancos de chegar ao CAPS por demanda espontânea (IC95%: 1,1 a 3,5). Houve menor chance para pessoas com internação psiquiátrica prévia (RC 0,43; IC95% 0,2 a 0,8) ou uso prévio de medicação psiquiátrica (RC 0,22; IC95% 0,1 a 0,4)

No modelo múltiplo, pessoas cuja detecção inicial do PSM ocorreu em hospital geral apresentaram cerca de 90% da chance de pessoas identificadas no CAPS (IC95%: 0,02 a 0,38), enquanto pessoas detectadas no hospital psiquiátrico possuem 75% da chance (IC95%: 0,1 a 0,8). Novamente não houve correlação com AB enquanto local de primeira identificação do PSM. Cor branca está associada ao dobro de chance de acesso direto ao

CAPS (IC95%: 1,2 a 4,3), enquanto que pessoas que fizeram uso de psicotrópicos antes de chegar ao CAPS possuem chance 65% menor que pessoas com uso prévio (IC95%: 0,2 a 0,8).

Tabela 3 - Modelos de regressão logística múltipla para “ter sido encaminhado ao CAPS via AB” em Campinas e Fortaleza, 2016.

	Encaminhamento via atenção básica							
	Campinas			Fortaleza				
	RC	IC95%	p	RC	IC95%	p		
Local de identificação inicial do PSM			<0,01			<0,01		
AB	1 (base)			1 (base)				
CAPS	0,24	0,11	0,52	<0,01	0,09	0,04	0,18	<0,01
Hospital Geral	0,42	0,20	0,88	0,02	0,12	0,05	0,26	<0,01
Hospital Psiquiátrico	0,19	0,08	0,44	<0,01	0,04	0,02	0,08	<0,01
Outros Serviços	0,41	0,19	0,90	0,03	0,07	0,03	0,14	<0,01
Idade								
18 a 29 anos	1 (base)							
30 a 40 anos	2,41	1,04	5,54	0,04				
40 a 50 anos	3,52	1,50	8,25	<0,01				
50 a 60 anos	2,62	1,09	6,27	0,03				
60 anos ou mais	2,37	0,83	6,77	0,11				
Diagnóstico								
T. depressivos ou ansiosos	1 (base)							
T. psicóticos ou bipolar	0,52	0,27	0,99	<0,05				
Outros diag. / NE	0,56	0,27	1,14	0,11				

Fatores associados à chegada ao CAPS via demanda espontânea em Fortaleza

Em Fortaleza, ter o problema identificado anteriormente em qualquer outro serviço que não o CAPS mostrou-se associado a menor chance de chegar ao CAPS via demanda espontânea. Pessoas cujo problema foi detectado na AB apresentam chance 85% menor (IC95%: 0,1 a 0,4); detecção em hospital psiquiátrico revela chance 80% menor (IC95%: 0,1 a 0,3). Pessoas cujo PSM foi detectado em hospital geral também apresentam menor chance (RC 0,35 IC95%: 0,1 a 0,9), porém com intervalo de confiança extenso. Cor branca mostrou-se associada a maior chance de acessar diretamente o CAPS do que não-brancos (RC 1,7 IC95%: 1,0 a 2,9), enquanto que há menor chance para pessoas com internação psiquiátrica prévia (RC 0,33 IC95%: 0,18 a 0,62) ou medicação psiquiátrica prévia (RC 0,35 IC95%: 0,22 a 0,58).

No modelo múltiplo, apenas o local de identificação inicial do PSM e a cor branca mostraram-se associados ao acesso direto ($p < 0,05$). Brancos apresentam cerca do dobro da chance de pretos, pardos ou índios (RC 1,7 IC95% 1,0 a 3,0) de acessarem diretamente o CAPS. Em comparação com pessoas cujo problema foi identificado pela primeira vez no

CAPS, há chance 85% menor do acesso ocorrer enquanto demanda espontânea para pessoas cujo problema foi identificado no AB (IC95% 0,1 a 0,4); chance 40% menor para pessoas identificadas em hospital psiquiátrico (IC95%: 0,1 a 0,3) e menor chance para quem teve a identificação realizada em hospital geral (RC 0,4 IC95%: 0,2 a 0,9).

Tabela 4 - Modelos de regressão logística múltipla para “acesso ao CAPS via demanda espontânea” em Campinas e Fortaleza, 2016.

	Demanda espontânea							
	Campinas				Fortaleza			
	RC	IC95%	P	RC	IC95%	p		
Local de identificação inicial do PSM							<0,01	
AB	0,51	0,23	1,16	0,11	0,14	0,05	0,37	<0,01
CAPS	1 (base)				1 (base)			
Hospital Geral	0,09	0,02	0,38	<0,01	0,36	0,15	0,88	0,03
Hospital Psiquiátrico	0,26	0,09	0,75	0,01	0,16	0,08	0,34	<0,01
Outros Serviços	0,17	0,05	0,53	<0,01	0,57	0,29	1,10	0,09
Cor branca	2,22	1,15	4,29	0,02	1,73	1,00	2,99	<0,05
Uso prévio de medicação psiquiátrica	0,35	0,16	0,75	0,01				

Discussão

Origem dos encaminhamentos ao CAPS e local de detecção inicial do PSM

As redes de atenção psicossocial dos municípios de Campinas e Fortaleza se organizam de formas bastante diferentes. Apesar do movimento desenvolvido no Brasil na direção de um modelo psicossocial (AMARANTE, 2007; PITTA, 1996), a partir da Reforma Psiquiátrica, Fortaleza apresenta ainda uma forte presença do hospital psiquiátrico na organização da assistência em saúde mental: esse serviço foi responsável pela maior proporção de detecção dos PSM das pessoas atualmente no CAPS, sendo também a instituição que mais encaminha ao serviço comunitário. Os centros de saúde, apesar de apresentarem percentual de encaminhamentos semelhante ao hospital psiquiátrico, não realizam a identificação inicial em uma proporção significativa. Essas características destacam o hospital psiquiátrico como a principal porta de entrada de demandas graves na rede de atenção de Fortaleza, posteriormente direcionando-as ao CAPS. Os hospitais gerais apresentam uma participação irrisória na RAPS (baixa proporção tanto de detecção, como de encaminhamento).

Essas características reforçam estudos anteriores sobre a dificuldade no município de constituir uma rede substitutiva ao modelo hospital-centrado (QUINDERÉ et al., 2010;

NUNES; GUIMARÃES; SAMPAIO, 2016). Atualmente, constata-se uma provisão insuficiente de CAPS III e ausência de enfermarias de saúde mental em hospitais gerais, e o único pronto-atendimento em psiquiatria do SUS local encontra-se no hospital psiquiátrico estadual.

Em Campinas, a maior parte das detecções de PSM ocorreu no próprio CAPS, destacando seu papel enquanto porta de entrada. Os demais serviços (atenção básica, hospital geral e psiquiátrico) apresentaram uma distribuição equilibrada da proporção de primeira identificação (todos próximos de 20%), tendo o hospital geral uma pequena proeminência. A maior proporção dos encaminhamentos ao CAPS é proveniente da AB, ainda que os serviços agrupados na categoria “outros” representem um percentual ligeiramente maior. Hospitais gerais são os serviços que, individualmente, possuem a segunda maior proporção de encaminhamentos. O hospital psiquiátrico possui a menor proporção de encaminhamentos dentre os serviços analisados, mas é ainda responsável por um percentual de detecção inicial semelhante à AB. A participação significativa tanto da atenção básica, como dos CAPS, e adequado suporte hospitalar de enfermarias de saúde mental é característica de um modelo equilibrado (THORNICROFT; TANSELLA, 2002), dentro dos parâmetros recomendados pela Organização Mundial de Saúde para países de média renda (THORNICROFT; TANSELLA, 2003).

Uma revisão sobre itinerários terapêuticos em saúde mental em vários países identificou a AB como ponto de primeiro contato mais frequente na maior parte dos estudos (VOLPE et al., 2015). Contudo, a proporção de pessoas que chega aos serviços especializados por cada via de acesso varia bastante entre diferentes sistemas de saúde. Na Inglaterra, Espanha, Portugal e Cuba, países onde o sistema de saúde encontra-se hierarquizado a partir da atenção básica, as proporções de usuários oriundos da AB vão de 65% a 80%, ao passo que a demanda espontânea representa 0% a 15% do acesso inicial (GATER et al., 1991).

Na Itália, país cuja reforma psiquiátrica influenciou fortemente o modelo brasileiro, o acesso direto aos centros de saúde mental representa a via mais expressiva (34%), mesmo após uma diminuição observada nos anos recentes, devido ao fortalecimento da atenção básica, que atualmente representa um volume de encaminhamentos próximo do acesso direto (33%) (VOLPE et al., 2014).

Cabe destacar que esses estudos identificam o itinerário até o primeiro contato com serviços de saúde mental, não considerando pessoas encaminhadas por outros serviços especializados (como os hospitais psiquiátricos, considerados em nosso estudo).

Chegada ao CAPS via encaminhamento da atenção básica

Em Campinas e Fortaleza, ser encaminhado pela AB está fortemente associado a ter o PSM detectado nesse nível de atenção. Quando o PSM foi reconhecido pela primeira vez em qualquer outro serviço, as chances de chegar via AB são bastante reduzidas (ainda que os intervalos de confiança tenham sido em geral amplos, indicando pouca precisão da magnitude das medidas de associação).

Essa correlação implica que, para os usuários atualmente no CAPS, o serviço comunitário de saúde mental foi o local prioritário para o início ou continuidade do tratamento, pois uma vez percebido o problema, o serviço identificador (centro de saúde) tende a não direcionar o usuário a outros serviços, sendo o CAPS a etapa seguinte prioritária da linha de cuidado. Se não fosse esse o caso, ou seja, se um terceiro local intermediasse a rota entre o serviço identificador e o CAPS, seria produzida uma nova etapa no itinerário, tornando-o mais complexo e, provavelmente, mais demorado até a vinculação ao serviço comunitário de saúde mental. Logo, é um aspecto positivo a correlação entre local de detecção e encaminhamento, refletindo itinerários mais pragmáticos.

Um aspecto particular que merece atenção são os casos em que a identificação do sofrimento psíquico ou transtorno mental ocorreu na AB, porém o encaminhamento foi realizado para o hospital (geral ou psiquiátrico) e o serviço hospitalar encaminhou ao CAPS. Esse tipo de itinerário, que indicaria lacunas no direcionamento dos fluxos ao CAPS, ocorreu muito raramente, representando menos de 5% da amostra de Campinas, e 1% da amostra de Fortaleza (dados não mostrados).

Portanto, para os usuários que chegam via atenção básica, esse nível de atenção tem participação importante na identificação inicial, fornecendo indícios de seu papel de regulação da demanda por meio da descoberta precoce. Ainda que a atenção básica possua o potencial de primeiro contato com os usuários, uma limitação do estudo é que não possuímos informações sobre o tempo entre o surgimento dos sintomas e a detecção, nem desta até o início de um tratamento adequado. Estudos subsequentes nessa direção podem fornecer novas evidências se o reconhecimento dos PSM na AB tem de fato ocorrido de

forma precoce, e se tal detecção afeta o tempo até a chegada ao CAPS e o prognóstico geral do caso.

Outro aspecto importante do processo de identificação e encaminhamento diz respeito à acurácia da detecção e da aferição de gravidade dos casos realizada pela atenção básica. Poucos estudos investigaram a confiabilidade da detecção por parte das equipes de atenção básica (GONCALVES et al., 2013; GONÇALVES et al., 2011; MARI et al., 1987). Todavia, a inadequação da gravidade da demanda referenciada pelos centros de saúde é um dado recorrente em estudos sobre os CAPS. Os profissionais do serviço de saúde mental afirmam que grande parte dos casos que chegam ao serviço oriundos da AB não justificariam acompanhamento no CAPS (BEZERRA et al., 2014; GONZAGA; NAKAMURA, 2015; NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007; QUINDERÉ et al., 2013).

A chance aumentada de pessoas que referiram transtornos depressivos ou ansiosos terem sido encaminhadas via AB, observada em Campinas, converge com a procura mais frequente desse nível da atenção para resolução problemas de saúde mental dessa natureza, em comparação outros diagnósticos (BOROWSKY et al., 2000). Pessoas com sintomas psicóticos, por sua vez, em especial vivenciando o primeiro episódio, apresentam variações na escolha do local inicial de tratamento. Nesse grupo diagnóstico, as opções pelo primeiro contato ocorrer com médicos generalistas, profissionais não médicos ou serviços de emergência esta relacionada à forma de organização local da assistência em saúde (ANDERSON; FUHRER; MALLA, 2010). Na cidade de São Paulo, um estudo aponta que a procura por serviços de emergência psiquiátrica é a opção mais frequente (75% dos casos) para primeiro episódio psicótico (OLIVEIRA et al., 2010).

Pessoas que apresentam transtornos psicóticos ou transtorno bipolar também são mais propensas a internações psiquiátricas (CASTRO; FUREGATO; SANTOS, 2010; GASTAL et al., 2000), de forma que o direcionamento ao CAPS após alta hospitalar torna-se um evento mais frequente do que no grupo de pessoas com transtornos depressivos e ansiosos, diminuindo assim sua frequência de acesso via AB. Um fator adicional diz respeito à menor frequência de tratamento de demandas de saúde em geral para pessoas com sintomas psiquiátricos mais graves (DE HERT et al., 2011), tornando sua presença nos centros de saúde menos frequente.

A utilização desse mesmo raciocínio para explicar a ausência de correlação entre diagnóstico e encaminhamento via AB observada no modelo múltiplo de Fortaleza, sugere que pessoas com transtornos depressivos e ansiosos não possuem acesso mais frequente

nesse nível de atenção (presença semelhante de pessoas independente da gravidade do PSM). Tendo em vista a baixa oferta de ações de saúde mental observada no município, a hipótese mais provável seria de um baixo acesso ao serviço para os diferentes grupos diagnósticos, seguindo ou aprofundando os padrões de menor uso em relação à população em geral, já apontados em outros estudos (LIU et al., 2017).

Os resultados deste estudo referentes a aspectos diagnósticos devem ser vistos com cautela, uma vez que são oriundos de informações autodeclaradas. A correspondência entre o diagnóstico realizado por psiquiatras e a condição autorreferida geralmente apresenta divergências importantes, subestimando especialmente a prevalência de esquizofrenia (OSINAGA; FUREGATO; SANTOS, 2007), o que pode ter influenciado nossos resultados.

Mais do que uma efetiva caracterização diagnóstica, o uso dessas informações nesse estudo busca uma medida aproximada de gravidade do PSM, considerando-se transtornos depressivos e ansiosos geralmente menos graves que transtornos psicóticos e transtorno bipolar. Reconhecemos, porém, que a definição de gravidade em saúde mental é um tema controverso, com a busca de consensos operacionais que vão além do diagnóstico para caracterizar um caso como severo (PARABIAGHI et al., 2006).

A associação entre maior idade e chegada ao CAPS via AB, encontrada em Campinas, está em concordância com um uso maior da AB pela população mais velha, que acessa mais frequentemente esse nível de atenção (GOLDBAUM et al., 2005; TOMASI et al., 2011). A maior exposição de pessoas mais velhas aos centros de saúde pode estar mediando uma maior chance de detecção e encaminhamento. Outra explicação complementar para o efeito da idade seria maior dificuldade de identificação de PSM em jovens na AB. Um estudo em Petrópolis-RJ identificou que pacientes com menos de 40 anos de idade possuem cerca da metade da chance de terem transtorno mental comum corretamente identificado por médicos de família, em comparação com pessoas mais velhas (GONÇALVES et al., 2011). Em três municípios estadunidenses identificou-se que pessoas com menos de 35 anos possuem menos da metade da chance de detecção de problemas de saúde mental por médicos generalistas, em comparação com pessoas com mais de 65 anos (BOROWSKY et al., 2000).

Considerando a forte associação entre local de detecção inicial e origem do encaminhamento, encontrada em nosso estudo, uma chance menor de detecção nos centros de saúde para subgrupos mais jovens poderia, por sua vez, mediar um menor acesso ao CAPS. Todavia, a ausência de correlação semelhante em Fortaleza, descartada no modelo

múltiplo, torna mais complexa a compreensão de que características de sua rede de assistência à saúde ou de sua população determinariam a inexistência de associação.

Chegada ao CAPS via demanda espontânea

Usuários que chegam diretamente ao CAPS, sem a intermediação de outros serviços, têm maior chance de a identificação inicial de seu PSM ter ocorrido no próprio CAPS. Tendo detecção no CAPS como parâmetro de comparação, a associação foi encontrada em ambos os municípios, exceto na comparação com detecção na atenção básica, em Campinas. Isso implica que, nesse município, pessoas que chegaram via demanda espontânea não diferem significativamente em relação à detecção inicial ter ocorrido no centro de saúde ou no CAPS.

Uma vez que em Campinas a atuação da atenção básica tem volume maior de atuação do que em Fortaleza, e relações mais recorrentes com o CAPS pela regularidade do apoio matricial, a interpretação dessa exceção é controversa. Uma possibilidade decorre dos casos cuja identificação ocorreu na AB terem acessado o CAPS por conta própria, e não via encaminhamento. Identificamos 12 casos em Campinas (3% da amostra), ao passo que Fortaleza apresentou 7 casos (1% da amostra) (dados não mostrados). A investigação qualitativa desses casos pode indicar barreiras de acesso ou situações singulares que auxiliariam a compreensão dessa situação.

Nos dois municípios pesquisados houve maior chance de pessoas brancas chegarem via demanda espontânea. Estudos em diferentes países apontam para diferenças nos itinerários clínicos de primeiro episódio psicótico, associadas à etnicidade. Na Inglaterra pessoas negras possuem itinerários mais complexos (maior número de etapas) até receberem atendimento especializado em saúde mental (BHUI et al., 2003), e menor chance de envolvimento dos médicos de atenção básica em seus itinerários (MORGAN et al., 2005). No Canadá, em comparação com brancos, negros de origens africanas possuem maior chance de ter o primeiro contato via serviços de emergência, enquanto negros de origem caribenha possuem menor chance de envolvimento da atenção básica em seus itinerários (ANDERSON et al., 2015).

A generalização dessas evidências para o contexto brasileiro é limitada, uma vez que as diferenças de cor nesses dois países estão associadas a grupos étnicos minoritários e de migração relativamente recentes. No Brasil, diferentemente, a população não-branca apresenta-se majoritária e, com exceção dos indígenas, em geral não está associada a grupos étnicos bem delimitados.

Há uma lacuna de estudos que investigam correlações com raça/cor nos itinerários terapêuticos e uso de serviços de saúde mental no Brasil. Todavia, a influência desses determinantes é destacada no uso de serviços de saúde em geral (rede pública e privada), nos quais pessoas pretas e pardas procuram menos os serviços e fazem uso menos frequente de consultas médicas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015b), assim como têm maior chance de nunca terem recebido intervenções mínimas no Sistema Único de Saúde (BOCCOLINI; DE SOUZA JUNIOR, 2016). Contudo, em nossos resultados a utilização do CAPS parece, à primeira vista, englobar uma proporção maior de pessoas não-brancas do que a observada na população em geral. Cabem investigações subsequentes para determinar se o acesso ao CAPS (por quaisquer vias) reproduz as iniquidades de acesso à assistência à saúde em geral (menor acesso de pretos, pardos e índios, considerando-se rede pública e privada), ou se a diferença ocorre apenas na chegada direta ao serviço de saúde mental, estando o CAPS sob influência de determinantes diferenciados em relação à rede de saúde em geral.

Um último aspecto refere-se ao uso de medicações psiquiátricas, com menor chance de uso prévio em usuários que chegaram via demanda espontânea ao CAPS, porém apenas em Campinas. Menor uso prévio de psicotrópicos seria uma constatação esperada nesse contexto, uma vez que o acesso à medicação psiquiátrica pressupõe prescrição médica. Ainda que na análise bivariada tenhamos encontrado associação nas duas cidades, no modelo multivariado apenas em Campinas a correlação entre acesso direto ao CAPS e menor uso prévio de medicação se manteve significativa.

O uso de psicotrópicos na população de Campinas apresenta-se menor do que em outras cidades brasileiras que realizaram mensurações semelhantes (Botucatu-SP, Pelotas-RS e Bambuí-MG) (PRADO et al., 2017). Isso pode estar relacionado a menor morbidade psiquiátrica e/ou uso mais racional da medicação no município (incluindo qualidade da prescrição e infrequência de automedicação), ainda que existam também evidências de uso excessivo de psicotrópicos na atenção básica Campineira (SANTOS, 2009).

Conclusão

O estudo identificou a distribuição dos usuários do CAPS em relação às formas de ingresso ao serviço, assim como características associadas a duas vias específicas de acesso: encaminhamento pela AB e acesso direto. Os achados do estudo caracterizaram esses dois segmentos, em Campinas e Fortaleza, destacando associações com características do

funcionamento da rede de saúde (local de detecção inicial do PSM), de intervenções recebidas (uso prévio de medicação) e de características sócio-demográficas ou clínicas dos usuários (cor, idade, diagnóstico autodeclarado). Alguns desses fatores apresentaram-se associados a ambas as formas de acesso, nos dois municípios (local de detecção inicial); os demais fatores tiveram a relação estabelecida apenas em uma única localidade ou forma de ingresso ao CAPS.

Os resultados apontam para modelos diferentes nas redes dos municípios pesquisados: Campinas com centralidade na atenção básica e no CAPS, com suporte importante do hospital geral. Em Fortaleza, a atenção básica e o hospital psiquiátrico são as principais vias de acesso ao CAPS, porém é ainda o hospital que efetua a maior parte das detecções iniciais dos problemas mentais na rede de saúde, adquirindo uma centralidade na rede.

As evidências produzidas não devem ser assumidas como explicações causais para determinado meio de ingresso ao CAPS, nem como consequências diretas do uso de uma ou outra via de acesso. O uso de serviços de saúde (e das redes que estes compõem) possui um funcionamento complexo, que se desdobra dentro de uma hierarquia de fatores sociais, organizacionais, clínicos e individuais. Os resultados aqui apresentados fornecem apontamentos para que a cadeia de efeito das associações encontradas seja investigada em modelos complexos, que possam explicar a utilização dos diferentes dispositivos da RAPS considerando esse escopo mais amplo de variáveis.

A identificação de associações diferentes nas duas cidades aponta para possíveis fatores contextuais, presentes na conformação singular de cada uma das redes, que podem estar mediando ou mascarando efeitos de fatores individuais. Tais fatores individuais, por sua vez, mediam a relação dos usuários com os serviços de saúde mental, o sistema de saúde de modo amplo, e sua interação na sociedade. Desse modo, a compreensão dos sistemas de saúde como construções sociais, e do curso dos problemas de saúde mental como multideterminado, exige desenhos complexos de pesquisa que consigam evidenciar tais relações de interdependência produzidas em contextos particulares, aprofundando os apontamentos iniciais presentes nesse estudo.

Por fim, destacamos que os padrões delineados nesse estudo produzem uma importante linha de base para monitoramento dos fluxos das redes municipais pesquisadas, estabelecendo uma referência para investigar alterações nos itinerários até os CAPS oriundos de alterações futuras das redes de atenção.

Referências bibliográficas

- AMARAL, C. E. M.; BOSI, M. L. Implicações da noção de rede na saúde coletiva e na saúde mental. In: JORGE, M. S. B.; SILVA, R. M.; CATRIB, A. M. F. (Eds.). **A transversalidade epistemológica da Saúde Coletiva: saberes e práticas**. Fortaleza: EdUECE, 2013. p. 354.
- AMARAL, C. E. M.; BOSI, M. L. M. O desafio da análise de redes de saúde no campo da saúde coletiva. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 2, p. 424–434, jun. 2017.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- ANDERSON, K. K. et al. Pathways to First-Episode Care for Psychosis in African-, Caribbean-, and European-Origin Groups in Ontario. **The Canadian Journal of Psychiatry**, v. 60, n. 5, p. 223–231, maio 2015.
- ANDERSON, K. K.; FUHRER, R.; MALLA, A. K. The pathways to mental health care of first-episode psychosis patients: a systematic review. **Psychological Medicine**, v. 40, n. 10, p. 1585–1597, 18 out. 2010.
- BEZERRA, I. C. et al. Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá": processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. **Interface**, v. 18, n. 48, p. 61–74, 2014.
- BHUI, K. et al. Ethnic variations in pathways to and use of specialist mental health services in the UK. **British Journal of Psychiatry**, v. 182, n. 2, p. 105–116, 2 fev. 2003.
- BOCCOLINI, C. S.; DE SOUZA JUNIOR, P. R. B. Inequities in Healthcare utilization: results of the Brazilian National Health Survey, 2013. **International Journal for Equity in Health**, v. 15, n. 1, p. 150, 17 dez. 2016.
- BOROWSKY, S. J. et al. Who is at risk of nondetection of mental health problems in primary care? **Journal of General Internal Medicine**, v. 15, n. 6, p. 381–388, jun. 2000.
- CASTRO, S. A. DE; FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. L. F. Sociodemographic and Clinical Characteristics of Psychiatric Re-hospitalizations. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 800–808, ago. 2010.
- COSTA, N. DO R.; CORRÊA, S. G. DE P.; SILVA, P. R. F. DA. Considerações sobre a acessibilidade nos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3139–3150, out. 2015.
- DE HERT, M. et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. **World Psychiatry**, v. 10, n. 1, p. 52–77, fev. 2011.
- DE PINHO, L. B.; HERNÁNDEZ, A. M. B.; KANTORSKI, L. P. O discurso sobre o

acolhimento e a acessibilidade nos serviços comunitários de saúde mental. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 612–619, 14 dez. 2009.

DIAZ, A. R. M. G. **Pesquisa avaliativa em Saúde Mental : a regulação da “porta” nos Centros de Atenção Psicossocial**. [tese] Doutorado em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2009.

DIMENSTEIN, M. et al. O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN. **Revista Polis psique**, v. 2, n. 3, p. 95–127, 2012.

EBSERH. **EBSERH. Hospitais Universitários Federais**. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/huwc-ufc/>>. Acesso em: 1 jan. 2017.

EVANS-LACKO, S. et al. Clinical pathways in psychiatry. **The British Journal of Psychiatry**, v. 193, n. 1, p. 4–5, 1 jul. 2008.

FIGUEIREDO, M. D.; ONOCKO-CAMPOS, R. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 129–138, 2009.

GASTAL, F. L. et al. Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, affective disorders and non-organic psychoses. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 280–285, jun. 2000.

GATER, R. et al. The pathways to psychiatric care: a cross-cultural study. **Psychological medicine**, v. 21, n. 3, p. 761–774, ago. 1991.

GOLDBAUM, M. et al. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 1, p. 90–99, jan. 2005.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. **Mental illness in the community: the pathway to psychiatric care**. London: Tavistock Publications Ltd, 1980.

GONCALVES, D. et al. Evaluation of a mental health training intervention for multidisciplinary teams in primary care in Brazil: a pre- and posttest study. **General hospital psychiatry**, v. 35, n. 3, p. 304–8, 2013.

GONÇALVES, D. A. et al. Determinants of Common Mental Disorders Detection by General Practitioners in the Primary Health Care in Brazil. **The International Journal of Psychiatry in Medicine**, v. 41, n. 1, p. 3–13, 31 jan. 2011.

GONZAGA, N.; NAKAMURA, E. Os significados dos encaminhamentos feitos aos CAPS III de Santos: a visão dos profissionais. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 1, p. 232–243, mar. 2015.

IBGE. **População residente por cor**. Disponível em: <<https://sidra.ibge.gov.br/>>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFICA E ESTATÍSTICA. **Estimativas de população, 2015**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao.html>>. Acesso em: 1 dez. 2017a.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015b.

LIU, N. H. et al. Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. **World Psychiatry**, v. 16, n. 1, p. 30–40, fev. 2017.

MARI, J. DE J. et al. Detection of psychiatric morbidity in the primary medical care setting in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 21, n. 6, p. 501–507, dez. 1987.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portal da Saúde. Departamento de Atenção Básica**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 1 jan. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **E-gestor Atenção Básica: informação e gestão da Atenção Básica**. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>>. Acesso em: 1 dez. 2017.

MORGAN, C. et al. Pathways to care and ethnicity. 2: Source of referral and help-seeking. **British Journal of Psychiatry**, v. 186, n. 4, p. 290–296, 2 abr. 2005.

NUNES, J. M. S.; GUIMARÃES, J. M. X.; SAMPAIO, J. J. C. A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 4, p. 1213–1232, out. 2016.

NUNES, M. DE O.; JUCÁ, V. J. DOS S.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 23, n. 10, p. 2375–2384, 2007.

NUNES, M. DE O.; LANDIM, F. L. P. **Saúde Mental na Atenção Básica: política e cotidiano**. Salvador: EDUFBA, 2016.

OLIVEIRA, A. M. et al. Family context and duration of untreated psychosis (DUP): Results from the Sao Paulo Study. **Schizophrenia Research**, v. 119, n. 1–3, p. 124–130, jun. 2010.

OLIVEIRA, G. L.; CAIAFFA, W. T.; CHERCHIGLIA, M. L. Saúde mental e a continuidade do cuidado em centros de saúde de Belo Horizonte, MG. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 707–716, ago. 2008.

ONOCKO-CAMPOS, R. et al. **Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos de narratividade**. São Paulo: Hucitec, 2008.

ONOCKO-CAMPOS, R.; GAMA, C. Saúde mental na atenção básica. In: CAMPOS, G. W. DE S. et al. (Eds.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2009.

OSINAGA, V. L. M.; FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. L. F. Users of three psychiatric services: profile and opinion. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p.

70–77, fev. 2007.

PARABIAGHI, A. et al. Severe and persistent mental illness: a useful definition for prioritizing community-based mental health service interventions. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 41, n. 6, p. 457–463, 25 jun. 2006.

PITTA, A. M. F. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

PRADO, M. A. M. B. DO et al. Uso de medicamentos psicotrópicos em adultos e idosos residentes em Campinas, São Paulo: um estudo transversal de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 4, p. 747–758, nov. 2017.

QUINDERÉ, P. H. D. et al. A convivência entre o modelo psicossocial e asilar em Fortaleza. **Saúde em Debate**, v. 34, n. 8, p. 137–147, 2010.

QUINDERÉ, P. H. D. et al. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 2157–2166, jul. 2013.

QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M. S. B. (Des) Construção do Modelo Assistencial em Saúde Mental na Composição das Práticas e dos Serviços. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 3, p. 569–583, 2010.

RAO, J. N. K.; SCOTT, A. J. The Analysis of Categorical Data from Complex Sample Surveys: Chi-Squared Tests for Goodness-of-Fit and Independence in Two Way Tables. **Journal of the American Statistical Association** v. 76, p. 221–230, 1981.

ROGLER, L.; CORTES, D. Help-seeking pathways: a unifying concept in mental health care. **American Journal of Psychiatry**, v. 150, n. 4, p. 554–561, abr. 1993.

SANTOS, D. V. D. DOS. **Uso de psicotrópicos na atenção primária no Distrito Sudoeste de Campinas e sua relação com os arranjos da clínica ampliada**. [dissertação] Mestrado em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2009.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS. **Relatório Anual de Gestão 2015**. Campinas: Secretaria Municipal de Saúde, 2016.

SINGH, S. P.; GRANGE, T. Measuring pathways to care in first-episode psychosis: a systematic review. **Schizophrenia research**, v. 81, n. 1, p. 75–82, jan. 2006.

THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. **The Mental Health Matrix: A Manual to Improve Services**. London: Cambridge University Press, 1999.

THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. Balancing community-based and hospital-based mental health care. **World Psychiatry**, v. 1, n. 2, p. 84–90, jun. 2002.

THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. **What are the arguments for community-based mental health care?** Copenhagen: WHO, 2003.

TOMASI, E. et al. Características da utilização de serviços de atenção básica à saúde nas

regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4395–4404, nov. 2011.

VOLPE, U. et al. Pathways to mental health care in Italy: results from a multicenter study. **The International journal of social psychiatry**, v. 60, n. 5, p. 508–513, ago. 2014.

VOLPE, U. et al. The pathways to mental healthcare worldwide: a systematic review. **Current opinion in psychiatry**, v. 28, n. 4, p. 299–306, jul. 2015.

ZAMBENEDETTI, G.; PERRONE, C. M. O Processo de Construção de uma Rede de Atenção em Saúde Mental: desafios e potencialidades no processo de Reforma Psiquiátrica. **Physis**, v. 18, n. 2, p. 277–293, 2007.

Artigo 4. Fatores associados ao tratamento em saúde mental na atenção básica para pessoas em acompanhamento no CAPS

Resumo

A atenção em saúde mental no SUS mescla características de acesso direto aos serviços especializados, com aspectos de atenção hierarquizada, regulada pela atenção básica (AB). A frequência com que pessoas com problemas de saúde mental (PSM) graves iniciam o tratamento na AB é desconhecida. Esse estudo descreve a proporção de usuários do CAPS que receberam tratamento de saúde mental na AB, identifica fatores associados à chance de receber tratamento, e descreve a frequência com que a detecção inicial do problema de saúde mental ocorreu na AB, nos municípios de Campinas-SP e Fortaleza-CE. A pesquisa possui um desenho transversal, incluindo 390 usuários de Campinas e 593 de Fortaleza, sendo parte do projeto multicêntrico AcesSUS. Receberam tratamento de saúde mental na AB 45% dos usuários de Campinas, e 25% de Fortaleza, enquanto que a proporção de detecção inicial ocorrida na AB foi semelhante nos dois municípios (cerca de 20%). Por meio de regressão logística, realizada separadamente para cada município, identificamos que pessoas que ingressaram ao CAPS encaminhadas pela AB apresentam quatro vezes (Campinas) ou três vezes (Fortaleza) a chance de ter recebido tratamento na AB. Adicionalmente, pessoas cujo PSM foi detectado inicialmente na AB possuem cerca do triplo da chance (em ambos os municípios), mesmo após controlar por local de encaminhamento ao CAPS. Em nenhum município o recebimento de tratamento mostrou-se associado a grupos diagnósticos considerados de gravidade maior (transtornos psicóticos ou transtorno bipolar) ou menor (transtornos ansiosos ou depressivos), nem a características sócio-demográficas. Os eventos de detecção inicial e regulação do acesso pela AB mostraram-se associados ao recebimento de tratamento, mesmo em locais com diferentes volumes de intervenções ofertadas e disponibilidade de profissionais de saúde mental em serviços de atenção básica. O melhoramento da qualidade da detecção e volume da oferta de tratamento nos centros de saúde devem ser prioridades para a qualificação da regulação e cuidado inicial em saúde mental nesse nível de atenção.

Palavras-chave: saúde mental; atenção básica; acesso aos serviços de saúde; transtornos mentais, diagnóstico; transtornos mentais graves.

Abstract

Mental health care in Brazil's Unified Health System (SUS) combines attributes of both direct access to specialized services and primary care (PC) regulated stepped care. The amount of people with severe mental health problems who start their treatment at PC is unknown. This paper describes the proportion of patients from mental health community services (CAPS) that received mental health treatment in PC, identifies associated factors for treatment, and describes the frequency that mental health issues were initially identified in PC, in the cities of Campinas-SP and Fortaleza-CE. The research had a cross-sectional design, including 390 patients from Campinas and 593 patients from Fortaleza, as part of the multicentre AcesSUS project. Treatment in PC was received by 45% of Campinas' patients,

and 25% of Fortaleza's, while the proportion of initial detection performed at PC was similar for both cities (around 20%). Using logistic regression, done separately for each municipality, we identified that people referred to the CAPS by PC centres had four times (Campinas) or three times (Fortaleza) the odds to have received MH treatment in PC. Additionally, patients whose MH issues were detected at PC had triple the odds of people whose detection occurred elsewhere (in both cities), even after controlling for place of referral. In neither municipality receiving treatment was associated with self-reported diagnosis groups considered of higher severity (psychotic or bipolar disorders) or lower severity (anxiety or depression disorders), or with socio-demographic attributes. The occurrence of initial detection at PC and PC regulated access were associated to the reception of MH treatment in places with different amounts of available MH interventions and professionals in PC. Nevertheless, quality improvement in primary care detection and the increase of available treatments should be priorities to enhance PC regulation of access and early intervention in mental health.

Keywords: mental health; primary care; health service access; mental disorders, diagnosis; severe mental illness.

Introdução

A organização da atenção em saúde mental com base na atenção primária é recomendada pelo Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, 2008, 2011) e por organismos internacionais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; WONKA, 2008; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008), tendo em vista a posição estratégica que esse nível de atenção ocupa para oferecer intervenções eficazes para problemas mentais. Dentre os principais potenciais da AB que embasam tais recomendações, destacam-se: facilitar o acesso e ampliar o volume de tratamento ofertado; identificar e intervir de forma precoce, preferencialmente nas fases iniciais da manifestação dos problemas; oferecer de forma integrada cuidado numa perspectiva biopsicossocial; e gerenciar de forma racional o fluxo para as especialidades.

A assistência no Sistema Único de Saúde (SUS) é disposta em redes temáticas de atenção à saúde (MENDES, 2011), e tem a AB como centro regulador das redes e porta de entrada prioritária do sistema de saúde. Essa proposta implica na participação constante da atenção básica no acompanhamento das pessoas que circulam pelos outros pontos das redes temáticas. No caso da saúde mental, a rede temática é a rede de atenção psicossocial (RAPS), que busca articular cuidados primários, serviços especializados de base comunitária (Centros de Atenção Psicossocial - CAPS), assistência hospitalar (enfermarias psiquiátricas em hospital geral), e atendimento de urgência e emergência (unidades de pronto atendimento, atendimento móvel de urgência).

Contudo, ainda que a RAPS estabeleça a atenção básica como porta de entrada prioritária, outros pontos de acesso ainda recebem volume significativo de usuários, sendo responsáveis por parte importante da regulação da demanda^k. Essa atual configuração da RAPS mescla atributos da atenção hierarquizada com acesso imediato à especialidade. Na atenção hierarquizada, os usuários do sistema iniciam prioritariamente na atenção básica, acessando os demais níveis quando constatada urgência, gravidade excessiva ou não-resposta às intervenções do nível básico. No modelo de acesso direto, as pessoas buscam diretamente os serviços especializados, como os CAPS, ambulatórios ou pronto-atendimentos.

^k Conforme apontado nos artigos “*Systematic review of pathways...*” e “*Itinerários terapêuticos até o CAPS*”, a atenção básica não se constitui como porta majoritária ao CAPS em termos de volume de usuários.

A decisão de manter o acesso direto aos CAPS visa tornar esse serviço mais acessível, ao acolher todos os tipos de demanda. O serviço teria assim a responsabilidade pela regulação dos fluxos, ao selecionar por critérios de gravidade as pessoas que vão estabelecer acompanhamento de médio ou longo prazo ou que serão redirecionadas a outros serviços (DE PINHO; HERNÁNDEZ; KANTORSKI, 2009; DIAZ, 2009). Outros autores defendem que o acesso direto produz menor fragmentação da atenção, e argumentam que a divisão das demandas em níveis de complexidade rígidos é artificial, produz dificuldades na clínica e aumenta o risco de estigmatização (DELL'ACQUA; MEZZINA, 2005).

Uma crítica ao modelo de acesso direto é o aumento do volume de pessoas nos serviços especializados, exigindo maior carga de trabalho para direcionar as demandas aos outros serviços. Isso produz a redução do tempo destinado ao acompanhamento de demandas graves, em decorrência da função de *gatekeeper* (STARFIELD, 2002). A responsabilidade pela regulação também implica que, em muitos casos, o serviço é pressionado a acompanhar a demanda “recusada” pela atenção básica, mesmo quando considerada fora do perfil de atendimento do serviço de saúde mental (AMARAL, 2013). A oferta inicial de cuidados por profissionais especializados seria também menos custo-eficiente, uma vez que inicia o processo terapêutico de um grande volume de usuários a partir de uma complexidade mais alta (mais cara), para posterior de-escalamento (BOWER; GILBODY, 2005). Outro risco é o isolamento dos usuários de saúde mental circularem apenas no CAPS, ficando à parte do restante da rede de saúde (WETZEL et al., 2011).

Os argumentos a favor do sistema hierarquizado em saúde mental partem do pressuposto que as equipes de AB fornecem respostas satisfatórias a parte considerável das demandas de saúde mental, de forma que não seria necessária a intervenção de profissionais especializados para a maior parte dos casos (BOWER; GILBODY, 2005; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Essa abordagem seria custo-efetiva e auxiliaria na regulação de fluxos do sistema de saúde. Outro aspecto refere-se à integralidade do cuidado, uma vez que as equipes generalistas podem acompanhar simultaneamente aspectos físicos e mentais dos agravos (SILVEIRA, 2012). Um aspecto negativo diz respeito às pessoas que não se beneficiam com tratamento de menor intensidade, provido na atenção básica, que podem demorar mais para serem encaminhadas e receber o cuidado adequado (NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR MENTAL HEALTH - UK, 2011).

Observa-se no Brasil uma série de investimentos para aumentar a participação da atenção básica no cuidado a questões de saúde mental (BRASIL. MINISTÉRIO DA

SAÚDE, 2003, 2013). Tais iniciativas têm se concentrado, principalmente, na identificação e tratamento de transtornos depressivos e ansiosos, sintomas inespecíficos e transtornos mentais comuns, assim como aspectos psicológicos e comportamentais da experiência de adoecimento em geral e de hábitos considerados saudáveis ou nocivos à saúde (ATHIÉ; FORTES; DELGADO, 2013; GAMA; ONOCKO-CAMPOS, 2009; IGLESIAS; AVELLAR, 2014). Para tanto, especial ênfase tem sido dada ao desenvolvimento de modelos colaborativos, no formato do apoio matricial (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003; CAMPOS, 1999). Entretanto, o papel do nível primário no acompanhamento de demandas graves de saúde mental, em especial aos chamados transtornos severos, tem recebido menor atenção. É de fundamental importância reconhecer o potencial que a atenção básica possui também nesse segmento específico (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Dentre os recursos da atenção básica encontra-se a identificação precoce de sintomas iniciais de transtornos graves (VIRON et al., 2012), de especial relevância em condições de início insidioso como as psicoses não-afetivas, que geralmente apresentam maiores intervalos até o início do tratamento (MORGAN et al., 2006; OLIVEIRA et al., 2010). A identificação pela AB também é um recurso importante na busca ativa de casos crônicos que perderam o contato ou nunca chegaram a acessar a rede formal de saúde (CHIAVERINI, 2011; FORTES et al., 2014; VIRON et al., 2012), situações nas quais os agentes comunitários de saúde podem ser determinantes para o início do tratamento (LANCETTI, 2000; MOREIRA; AMARAL, 2016).

Além disso, casos que estiveram em acompanhamento em serviços especializados, mas que se apresentam estáveis e sem prejuízo funcional significativo, podem ter a continuidade do acompanhamento desenvolvida na atenção básica, com suporte especializado para eventuais situações que demandem maior complexidade (CHIAVERINI, 2011; FORTES et al., 2014). Pessoas que fizeram uso episódico do CAPS em uma situação de crise podem também encaixar-se nesse perfil.

Considerando as altas taxas de suicídio de pessoas com transtornos graves, em especial com diagnóstico de esquizofrenia, avaliações de risco de suicídio podem ser administradas na atenção primária em consultas de rotina (VIRON et al., 2012). É importante destacar que o cuidado integrado em redes de atenção pressupõe a possibilidade de coordenação do cuidado em pontos de atenção de diferentes complexidades, facilitando a

reavaliação e readequação dos casos conforme sua gravidade ao longo do tempo (AMARAL; BOSI, 2013; MENDES, 2011).

Uma parcela importante dos casos graves pode não receber acompanhamento nos CAPS ou ambulatórios de saúde mental, por dificuldades de acesso ou por escolha pessoal, frequentando apenas a atenção básica. Não identificamos informações acerca da quantidade de pessoas no Brasil com problemas severos de saúde mental acompanhadas exclusiva ou conjuntamente na atenção básica. O registro das ações de saúde mental em geral é bastante precário no Brasil, com os sistemas de informação na atenção básica possuindo considerável subregistro (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). Contudo, mesmo em países com considerável abrangência de serviços de saúde mental, esse segmento parece ser significativo: estima-se que cerca de um terço das pessoas com transtorno mental grave na Inglaterra recebem tratamento apenas na atenção primária (MCCRONE et al., 2016; REILLY et al., 2012).

No Brasil, a assistência à saúde mental encontra-se bastante concentrada em profissionais e serviços especializados, e as chances de receber tratamento considerado adequado estão associadas a agravos de maior severidade e tratamento em serviços especializados (WANG et al., 2017). Todavia, a quantidade de pessoas com problemas de saúde mental severos que recebem tratamento em serviços generalistas, de forma isolada ou conjuntamente com serviços especializados, não deve ser desconsiderada.

Um estudo em São Paulo identificou que 16% das pessoas que experienciaram episódio depressivo maior foram consultadas em serviços generalistas, 23% em serviços especializados (incluindo possibilidade de atendimento em ambos), e cerca de dois terços não receberam nenhum atendimento (WANG et al., 2017). Contudo, o recebimento de cuidados minimamente adequados (medicação psiquiátrica e/ou psicoterapia, e contatos recorrentes com profissionais de saúde) foi de 21% dentre os atendidos nos serviços generalistas, e 66% nos serviços especializados. Para transtorno bipolar, 43% dos casos foram atendidos, 13% em serviços generalistas, 33% por serviços especializados, com baixíssima ocorrência de tratamento adequado em ambos os tipos de serviços. (WANG et al., 2017).

A decisão do acompanhamento ser realizado no CAPS ou na AB pressupõe uma avaliação de gravidade dos casos. Contudo, a concepção de gravidade é relativa, e sua “adequação” a um serviço sempre está relacionada capacidade deste de responsabilizar-se pelas demandas, tanto em termos de capacidade técnicas, como de volume de usuários

(THORNICROFT; TANSELLA, 1999, 2008). Desse modo, um quadro considerado “grave demais” para a atenção básica em um centro de saúde, ou na RAPS de um município específico, pode não ser considerado como tal em outro serviço ou município (CAVALCANTI et al., 2009). Além disso, a gravidade é variável ao longo do tempo. A intensidade do sofrimento e a incapacidade decorrente que determinam a intensidade e prioridade dos cuidados em cada momento. O curso do agravo, em termos de sintomas e resposta ao tratamento, assim como eventos estressores ou protetores do curso da vida, em especial o estabelecimento de relações significativas com as outras instituições da vida social (DELL’ACQUA; MEZZINA, 2005) colocam em perspectiva o referencial de gravidade de cada caso.

Uma rede de saúde mental eficiente, portanto, possibilita que pessoas com problemas graves de saúde mental tenham seu cuidado gerenciado por diferentes serviços ao longo do tempo, de acordo com a complexidade situacional do agravo, dentro de um sistema coerente de valores clínicos comuns (AMARAL; BOSI, 2017; CONTANDRIOPOULOS et al, 2001). Para que a atenção básica realize de forma adequada essas funções, é necessário que o manejo das situações de saúde mental ocorra de forma sistemática pelos profissionais das unidades de saúde. Para tal, é necessário desenvolver a capacidade de identificação de problemas de saúde mental de diferentes gravidades, e a oferta de intervenções ou encaminhamento desses agravos segundo seu nível contextual de gravidade.

Diferentes conformações da assistência à saúde mental e da prática clínica parecem ser determinantes para a utilização da atenção primária por parte de pessoas com problemas graves de saúde mental (CRAVEN; BLAND, 2006; FLEURY et al., 2010), assim como características dos indivíduos em tratamento (CAMPANHA et al., 2015; WANG et al., 2017). Tendo em vista a pertinência de intervenções da atenção básica, torna-se relevante investigar com que frequência as pessoas com PSM graves recebem intervenções de saúde mental nesse nível de atenção, ao longo de seus itinerários em diferentes conformações da RAPS. Essa mensuração permite ainda identificar, dentro do subgrupo que teve o PSM detectado na AB, qual proporção foi encaminhada diretamente ao CAPS e que proporção recebeu tratamento inicial na AB, para depois prosseguir ao serviço especializado.

O presente estudo teve como objetivo descrever a oferta de tratamento de saúde mental na AB para usuários do CAPS, nos municípios de Campinas-SP e Fortaleza-CE, assim como a frequência com que a identificação inicial do problema de saúde mental ocorreu na AB. Buscamos ainda identificar se a ocorrência de tal tratamento estaria

associada a características do itinerário dos usuários na rede de saúde, tais como local e período da identificação inicial do problema de SM, e a características sócio-demográficas dos usuários.

Metodologia

O estudo integra a pesquisa AcesSUS, que investiga o acesso aos serviços especializados para o tratamento de hipertensão arterial sistêmica grave, câncer de mama, gestação de risco e transtorno mental grave. No presente estudo, foram utilizados dados referentes ao agravo transtorno mental grave, oriundos do estudo transversal da pesquisa realizado nos CAPS de Campinas e Fortaleza, por meio de inquérito nos serviços.

A coleta de dados foi realizada de março a setembro de 2016 em seis CAPS de Campinas e seis CAPS de Fortaleza, correspondendo à totalidade de serviços para população adulta nessas cidades (não foram incluídos os CAPS voltados para uso problemático de substâncias, nem os destinados ao público infantil e adolescente). Foram entrevistados 393 usuários em Campinas, e 593 em Fortaleza. Os critérios de inclusão do estudo foram: 1) estar em acompanhamento no CAPS há três anos ou menos; 2) residir nos municípios pesquisados; 3) possuir condições cognitivas para responder ao questionário; 4) não estar em situação de crise aguda, internação hospitalar ou uso de leito noite em CAPS III no período da coleta de dados. Os detalhes das estratégias de amostragem de cada município e da metodologia da pesquisa estão disponíveis no website do projeto AcesSUS¹.

Os usuários responderam a um questionário desenvolvido e validado em pré-teste durante o projeto AcesSUS. O instrumento foi aplicado nos serviços CAPS, por membros da equipe da pesquisa treinados para sua utilização por meio de um aplicativo de *tablet*. As informações do questionário que compuseram o presente estudo são: recebimento de qualquer modalidade de tratamento de saúde mental na Atenção Básica; tempo e local (tipo de serviço) da primeira identificação de um problema de saúde mental, realizada por um profissional de saúde; origem do encaminhamento ao CAPS (demanda espontânea, AB, hospital psiquiátrico, hospital geral ou outros serviços); problema de saúde mental declarado (diagnóstico autorreferido); sexo; cor; idade e escolaridade. Os dados foram analisados no programa Stata 15.

¹ <http://www.fcm.unicamp.br/acessus/metodologia/inquerito-amostragem>

Análise dos dados

Inicialmente, foram descritas para cada município as características sócio-demográficas, diagnóstico autodeclarado, forma de acesso ao CAPS, local de identificação inicial do problema de saúde mental e recebimento de tratamento de saúde mental na AB, por meio de frequências absolutas e relativas em cada amostra. Para as duas últimas variáveis citadas, foram descritas as proporções nos subgrupos de usuários encaminhados e não encaminhados pela AB. Para a variável contínua “anos desde a identificação do problema de saúde mental”, foram calculadas as medianas e amplitudes. Em seguida, realizamos regressão logística simples, considerando como variável dependente “ter recebido tratamento de saúde mental na AB” e verificando possíveis associações com os fatores selecionados no estudo. A seguir, ajustamos um modelo de regressão logística múltipla para verificar quais fatores estariam, conjuntamente, associados com “ter recebido tratamento na AB”.

Para construção do modelo de regressão logística múltipla foram considerados os níveis de significância de 0,20 como critério de entrada e de 0,05 como critério de saída. As variáveis “sexo” e “cor” foram mantidas no modelo múltiplo enquanto variáveis de ajuste, independentemente do valor p. Tal opção justifica-se pela literatura que aponta para sexo masculino como fator associado a menor uso de serviços de saúde mental (WANG et al., 2017), e cor preta ou parda, ou pertencimento a determinados grupos étnicos como associados a itinerários terapêuticos diferenciados, geralmente mais coercitivos (MORGAN et al., 2006). Tanto por meio dos modelos de regressão logística simples quanto múltipla foram obtidas as razões de chances (OR, *odds ratio*) entre as categorias das variáveis, calculados os intervalos de confiança de 95% e os respectivos valores descritivos dos testes.

Foram também calculadas as razões de chances comum (de Mantel-Haenszel), para obter estimativas de associação entre a variável “encaminhados pela AB” e “ter o problema de saúde mental identificado na AB” de modo a identificar o efeito de “ter sido encaminhado pela AB” enquanto variável confundidora.

Resultados

A amostra compreendeu 390 usuários de CAPS em Campinas e 593 em Fortaleza. A média de idade da amostra de Campinas foi de 41,7 anos, variando entre 19 e 80 anos, com predominância de pessoas pretas, pardas ou índias (56%), e do sexo masculino (55%). A amostra teve uma sobre-representação de homens em relação a população de usuários do

CAPS no município (45% masculina). A escolaridade média da amostra foi de 8 anos de estudo ($\pm 4,0$), e o tipo de problema de saúde mental mais frequente (diagnóstico autodeclarado) foram os transtornos psicóticos (36%) e o grupo sem diagnóstico específico (24%).

Em Fortaleza, a média de idade foi de 44 anos, variando entre 18 e 76 anos; houve predomínio de pessoas do sexo feminino (65%), pretas, pardas ou índias (74%); a média de anos de estudo foi de 7,8 anos ($\pm 4,5$). Os diagnósticos auto-declarados mais referidos foram transtornos depressivos (34%) e psicóticos (23%).

Tabela 1. Características sócio-demográficas, clínicas e do itinerário terapêutico dos usuários de CAPS. Campinas, Fortaleza, Porto Alegre e São Paulo. 2016

	Campinas (n=390)		Fortaleza (n=593)*	
	n	(%)	n	(%)
Sexo masculino	215	(55,3)	220	(35,5)
Cor branca	171	(43,8)	156	(26,1)
Faixa etária (em anos)				
18-29	82	(21,4)	115	(18,9)
30-39	98	(25,6)	108	(18,6)
40-49	81	(21,1)	123	(22,2)
50-59	80	(20,9)	132	(24,4)
60+	42	(10,9)	85	(15,8)
Anos de estudo (em anos)				
0 a 3	56	(14,4)	130	(22,7)
4 a 8	118	(30,3)	163	(29,5)
9 a 11	63	(16,2)	73	(11,4)
12 ou mais	152	(39,1)	222	(36,5)
Diagnóstico autorreferido				
Transtorno Psicótico	133	(35,8)	134	(22,9)
Transtorno Bipolar	53	(14,2)	62	(11,5)
Transtorno Depressivo	60	(16,1)	184	(33,9)
Transtorno Ansioso	6	(1,6)	63	(11,6)
Outros diagnósticos	32	(8,6)	26	(5,3)
Diagnóstico não especificado	88	(23,7)	71	(14,9)
Encaminhados ao CAPS pela AB	102	(26,2)	167	(29,5)
Recebeu tratamento em SM na AB	174	(45,1)	150	(24,8)
Apenas subgrupo “encaminhados pela AB”	72	(71,3)	78	(46,8)
Apenas subgrupo “não encaminhados pela AB”	102	(35,8)	72	(15,5)
PSM detectado na AB	68	(17,4)	104	(17,8)
Apenas subgrupo “encaminhados pela AB”	34	(33,3)	77	(47,1)
Apenas subgrupo “não encaminhados pela AB”	34	(11,8)	27	(5,5)
Anos desde a identificação do problema de saúde mental		Mediana (Amplitude)		Mediana (Amplitude)
		8 (0 – 57)		4 (0 – 54)

*A quantidade de observações refere-se ao valor da amostra, as proporções referem-se ao valor ponderado por serviço.

Os usuários dos CAPS de cada um dos municípios estudados apresentaram proporções diferentes em relação ao recebimento de tratamento de saúde mental na AB. O percentual de usuários do CAPS que receberam tratamento de saúde mental na AB foi de 45% em Campinas e 25% em Fortaleza. Já a proporção de pessoas que tiveram a primeira detecção de seu PSM na AB é semelhante nos dois municípios: 17% em Campinas e 18% em Fortaleza. A distribuição das demais variáveis de interesse encontra-se na tabela 1.

Analisando-se o efeito de associação de cada fator do estudo com “ter recebido tratamento de SM na AB” (Razão de Chances Bruta, ver Tabela 2), observa-se que, para os usuários do CAPS do município de Campinas, apresentam maior chance as pessoas que tiveram o PSM identificado inicialmente na AB (OR=4,2 IC95%: 2,3 a 7,7), que foram encaminhados ao CAPS pela AB (OR=4,5 IC95%: 2,7 a 7,3), e são do sexo feminino (OR=0,5 IC95% 0,4 a 0,8). Pessoas que se auto identificaram com transtornos ansiosos ou depressivos não apresentaram diferença significativa do grupo que declarou transtornos psicóticos ou transtorno bipolar ($p=0,32$), porém possuem maior chance do que o grupo que declarou “outros diagnósticos ou diagnóstico não especificado” (OR=0,3; IC95% 0,2 a 0,6). As chances de receber tratamento na AB aumentam com a idade, tendo o grupo entre 18 a 29 anos como base: nos grupos entre 30 a 39 anos (OR=2,1 IC95%: 1,1 a 3,8), entre 40 e 49 anos (OR=2,2 IC95%: 1,2 a 4,2) e entre 50 a 59 anos (OR=2,6; IC95%: 1,4 a 4,9) houve associação, porém não no grupo com 60 anos ou mais ($p=0,42$). Os demais fatores não apresentaram associação para $p<0,05$.

Nas análises bivariadas para o município de Fortaleza, apresentaram chance cinco vezes maior de ter recebido tratamento de SM na AB aqueles que tiveram o PSM identificado na AB (OR=4,9; IC95%: 3,0 a 8,0), e aqueles encaminhados ao CAPS pela AB (OR=4,8 IC95%: 3,1 A 7,4).

Analisando-se as pessoas cujo PSM foi identificado na AB quanto à chance de ter recebido tratamento na AB, obteve-se na regressão logística simples, para Campinas, uma OR bruta de 4,2 com IC 95%: 2,3 a 7,7; e para Fortaleza uma OR bruta de 4,9 com IC95% de 3,0 a 8,0 (tabela 2). Se compararmos as OR brutas com as obtidas pelo método de Mantel-Haenszel, ajustadas pela variável “encaminhado pela AB”, observa-se que houve variações percentuais de aproximadamente 28% e 49%, respectivamente (ver tabela 3). Logo, podemos suspeitar que ter sido encaminhado ao CAPS pela AB é uma variável confundidora para a associação entre ter tido o PSM identificado na AB e ter recebido tratamento de SM na AB. Com isto, o efeito da associação entre estas duas últimas deve ser obtido

considerando-se essa variável de confundimento. Com base nas OR calculadas utilizando-se este método, para Campinas, obteve-se OR= 3,1 (IC95%: 1,7 a 5,7) e para Fortaleza OR=2,5 (IC95%: 1,6 a 4,1), indicando de forma semelhante nos dois municípios que aqueles cujo PSM foi identificado na AB tiveram cerca do triplo da chance de receber tratamento na AB (ver tabela 3).

Tabela 2. Modelos de regressão logística simples e múltipla para “Ter recebido tratamento de SM na AB” por município, 2016.

Município	Variáveis	Razão de Chances Bruta ⁽¹⁾			Razão de Chances Ajustada ⁽²⁾		
		OR ⁽³⁾	IC 95% ⁽⁴⁾	p ⁽⁵⁾	OR	IC 95%	p
Campinas	Encaminhado via AB	4,45	2,71 - 7,32	< 0,01	3,76	2,17 – 6,51	< 0,01
	Identificação do PSM na AB	4,24	2,33 - 7,74	< 0,01	3,11	1,55 – 6,23	< 0,01
	Tempo desde ident. inicial	1,03	1,01 - 1,06	<0,01	1,03	1,01 – 1,06	< 0,01
	Sexo Masc.	0,54	0,36 - 0,82	<0,01	0,76	0,47 – 1,23	0,27
	Cor Branca	1,10	0,73 - 1,65	0,64	0,94	0,58 – 1,50	0,79
	Diagnóstico autorreferido						
	T. ansioso ou depressivo	1			1		
	T. psicótico ou t. bipolar	0,75	0,42 – 1,34	0,33	0,95	0,49 – 1,87	0,89
	Outros diag. / diag. não especificado	0,34	0,18 – 0,64	<0,01	0,39	0,18 – 0,83	0,02
	Faixa etária						
18-29 anos	1						
30-39 anos	2,06	1,11 - 3,82	0,02				
40-49 anos	2,21	1,16 - 4,19	0,02				
50-59 anos	2,57	1,35 - 4,90	<0,01				
60 anos ou +	1,38	0,63 - 3,02	0,42				
Fortaleza	Encaminhado via AB	4,79	3,10 - 7,40	< 0,01	3,12	1,88 – 5,17	< 0,01
	Identificação do PSM na AB	4,89	2,99 - 7,99	< 0,01	2,82	1,57 – 5,07	< 0,01
	Sexo Masc.	0,89	0,58 - 1,36	0,59	0,96	0,60 – 1,54	0,88
	Cor Branca	1,09	0,69 - 1,74	0,70	1,04	0,63 – 1,73	0,86
	Anos de estudo						
	0 a 3	1			1		
	4 a 8	0,56	0,31 - 1,01	0,05	0,54	0,29 – 0,99	< 0,05
8 a 11	0,72	0,34 - 1,50	0,38	0,87	0,39 – 1,94	0,73	
12 ou mais	0,69	0,41 – 1,18	0,18	0,68	0,38 – 1,23	0,21	

(1) Estimativas por Regressão logística simples; (2) Estimativas por Regressão logística múltipla; (3) OR: odds ratio; (4) IC: Intervalo de Confiança de 95%; (5) p: valor descritivo do teste.

Conforme a tabela 2, ao compararmos OR brutas e OR ajustadas algumas variáveis tiveram as magnitudes de seus efeitos de associação modificados por outras variáveis. Em Campinas, considerando as OR ajustadas, quem teve o **PSM identificado na AB** tem quase o triplo da chance de ter recebido tratamento na AB (OR=3,11 IC95%: 1,55 a 6,23). Já aqueles **encaminhados pela AB** têm mais que três vezes a chance do que aqueles que não foram encaminhados pela AB (OR=3,76 IC95%: 2,17 a 6,51). Os usuários do grupo “outros diagnósticos ou diagnóstico não-especificado” apresentam chance 61% menor (OR=0,39 IC95% 0,18 a 0,83) do que aqueles que referiram transtorno depressivo ou ansioso.

Para Fortaleza, os que tiveram o **PSM identificado na AB** tiveram quase o triplo da chance de receber o tratamento na AB (OR=2,82 IC95%: 1,57 a 5,07). Os que foram **encaminhados pela AB** têm o triplo da chance de receber tratamento de SM na AB (OR=3,12 IC95%: 1,88 a 5,17). No modelo ajustado a quantidade de **anos de estudo** também se mostrou associada ao recebimento de tratamento de SM na AB: aqueles que possuem 4 a 8 anos de estudos apresentam 46% menos chance do que aqueles com 0 a 3 anos de estudos (OR= 0,54 IC95%: 0,29 a 0,99), não havendo associação significativa nas demais faixas.

Tabela 3 Razão de Chances Comum por municípios de **Campinas e Fortaleza**, controlando por origem do encaminhamento ao CAPS, 2016.

Ter recebido tratamento de SM na AB		OR ⁽¹⁾	IC95% ⁽²⁾	p ⁽³⁾	
Campinas	Problema identificado na AB	3,05	1,65 - 5,65	< 0,01	
	Subgrupos ⁽⁴⁾ :	Encab=1	1,77	0,66 - 4,77	0,24
		Encab=0	4,48	1,97 - 10,2	< 0,01
Fortaleza ⁽⁵⁾	Problema identificado na AB	2,51	1,55 - 4,07	0,01	
	Subgrupos ⁽⁴⁾ :	Encab=1	2,17	1,20 - 3,92	0,01
		Encab=0	3,78	1,67 - 8,56	< 0,01

(1) OR: *odds ratio*; (2) IC: intervalo de confiança de 95%; (3) p: valor descritivo do teste; (4) Encab: Encaminhados via AB (1=Sim, 0=Não); (5) Estimativas ponderadas.

Discussão

Até onde sabemos, esse é o primeiro estudo no Brasil que busca identificar a frequência de recebimento de tratamento em saúde mental na atenção básica para pessoas com transtorno mental grave. O estudo apresenta algumas limitações em relação à população de estudo, que representa apenas os usuários dos CAPS, e não as pessoas em geral com problemas graves de saúde mental. Esse recorte exclui pessoas que receberam alta do acompanhamento no CAPS, atualmente acompanhadas apenas pela AB, assim como o segmento que nunca iniciou tratamento formal em serviços de saúde. Entretanto, considerando a lacuna de estudos sobre o tema e a quantidade significativa de pessoa em

acompanhamento no CAPS, os resultados referentes a esse segmento são relevantes para melhor compreensão do cuidado em saúde mental na AB disponível às pessoas em sofrimento psíquico grave.

A proporção de pessoas em acompanhamento no CAPS que receberam tratamento de saúde mental na AB difere nos dois municípios. O evento foi mais frequente em Campinas que em Fortaleza, tanto no grupo que chegou ao serviço de saúde mental por qualquer via de acesso, como no subgrupo de encaminhados pela AB. As políticas promovendo práticas de SM na AB são mais disseminadas (e antigas) em Campinas, com presença de equipes de saúde mental nos centros de saúde desde o final da década de 1970 (BRAGA CAMPOS, 2000). A constituição inicial da rede de saúde mental do município se inicia, na década de 1980, a partir da atenção primária, antecipando até mesmo a implantação dos CAPS no município. No início da década de 2000, o apoio matricial passa a integrar a política municipal de saúde mental, antecipando-se à criação dos NASF (FIGUEIREDO; ONOCKO-CAMPOS, 2009).

A presença de profissionais de saúde mental em Fortaleza só se tornou parte da política de saúde do município com a implantação das equipes NASF, ao final da década de 2000 (OLIVEIRA, 2013; PORTO, 2010), e em número bastante reduzido.^m Outros avanços ocorridos nas últimas duas décadas no município devem ser reconhecidos, desenvolvendo também, em simultaneidade a implantação dos NASF, a realização de apoio matricial em saúde mental por equipes do CAPS (VASCONCELOS et al., 2012).

Em nosso estudo, a mensuração do tratamento de saúde mental recebido não apresenta uma demarcação de seu período de realização, nem permite discriminar as intervenções realizadas, conseqüentemente não fornecendo informações acerca da adequabilidade do tratamento. Os tipos de intervenção disponíveis, assim como o momento em que são ofertadas/recebidas são elementos importantes do itinerário em saúde mental (EVANS-LACKO et al., 2008). Contudo, o estudo mensura um evento determinante do início do percurso de saúde mental, que corresponde ao momento de identificação inicial do PSM por um profissional de saúde.

Possuíamos duas hipóteses em relação ao momento de detecção inicial. Primeiro, que o local da primeira identificação estaria associado a diferenças na chance de recebimento de

^m Conforme discutido no artigo 2, também existem diferenças na frequência de outros processos referentes à saúde mental na AB dos dois municípios, tais como a quantidade de atendimentos de psiquiatra e psicólogo, e a busca dos serviços básicos em situações de crise de saúde mental.

tratamento de SM na AB. Ter o problema detectado na AB favoreceria o recebimento desse tratamento, uma vez que a detecção em outros serviços ensejaria intervenções em outro local, ou o encaminhamento a serviços especializados, e não à AB. Segundo, desenhamos a hipótese de que pessoas cuja identificação ocorreu há menos tempo, ou seja, em períodos mais recentes, teriam mais chance de ter recebido intervenções de saúde mental (e não só um encaminhamento ao CAPS ou outro serviço especializado). Essa hipótese baseia-se no crescimento do investimento em saúde mental na atenção primária nos últimos anos, tanto na produção científica (GAMA; ONOCKO-CAMPOS, 2009; SOUZA et al., 2012), como também por meio das políticas do NASF, de apoio matricial e da RAPS.

Os resultados observados deram sustentação à nossa primeira hipótese: tanto em Campinas como em Fortaleza observou-se maior chance de tratamento de SM na AB para pessoas cujo sofrimento mental foi reconhecido no nível primário. Todavia, a associação observada também entre receber tratamento e ter AB enquanto origem do encaminhamento (portanto, não necessariamente como local de detecção) torna mais complexa a interpretação desses resultados. Após efetuar nova análise, controlando pela origem do encaminhamento, as associações se mantiveram, ainda que com menor magnitude (diminuição ainda mais proeminente em Fortaleza).

Argumentamos que equipes de saúde que oferecem *tratamento* em saúde mental, possuem também habilidades para a *detecção* de PSM. Contudo, ao invertermos os termos dessa relação, percebemos que o efeito pode não ser recíproco: elevada frequência de detecção *não* significa capacidade de tratamento. Um alto volume de detecção por algumas equipes pode estar acompanhado de uma predisposição a encaminhar imediatamente quaisquer casos de aparente sofrimento ao CAPS, sem oferta alguma de tratamento inicialⁿ. Os resultados destacam a necessidade de compreender melhor essa cadeia causal, cujo esclarecimento não é possível em um estudo transversal.

Nossa segunda hipótese, a respeito do período desde a identificação inicial do PSM e o tratamento na atenção básica, foi refutada nos resultados de Campinas. A associação com o tempo desde a identificação inicial mostrou-se significativa no município, mas de forma inversa a nossa conjectura: pessoas com mais tempo desde a identificação inicial do problema de saúde mental apresentaram maior chance de tratamento. Uma possível

ⁿ Conforme discutido no artigo 3, a ocorrência da detecção nos centros de saúde está associada a maior chance de também o encaminhamento ao CAPS ser realizado pela AB, ainda que não sejam discutidos os termos em que essa detecção ocorre.

explicação para esse resultado pode estar relacionada a diferenças nos tempos de exposição: pessoas identificadas a mais tempo tiveram mais oportunidade de receber tratamento ao longo dos anos.

As considerações acerca da gravidade dos casos enquanto fator determinante do tratamento na AB compunham a terceira hipótese desse estudo. Conjecturamos que os casos mais leves possuíam maior chance de receberem tratamento na AB, correlação que não foi demonstrada em nosso estudo. Tendo em vista que todos os casos CAPS seriam, por definição, demandas graves, para estabelecer uma mensuração aproximada de “nível de gravidade” consideramos os transtornos depressivos e ansiosos como menos graves e transtornos psicóticos ou transtorno bipolar como mais graves. Referências aos demais grupos diagnósticos ou a diagnóstico indefinido foram agrupadas na categoria “outros”. Cabe destacar que depressão maior seria também considerada um transtorno grave, porém não seria possível discriminar esse diagnóstico dos demais transtornos depressivos a partir da autodeclaração dos usuários.

Nossos resultados em relação aos diagnósticos autorreferidos devem ser vistos com cautela. Tendo em vista o caráter autorreferido dessa informação, a variação entre o diagnóstico realizado por profissionais de saúde e a identificação por parte da pessoa afetada apresenta variações, com subestimações, principalmente, do autorrelato de transtornos psicóticos (OSINAGA; FUREGATO; SANTOS, 2007).

Feitas essas ressalvas, apontamos que a distribuição dos grupos diagnósticos observada nos dois municípios é diferente, com o pequeno volume de casos depressivos e ansiosos em Campinas indicando que os usuários dos CAPS do município provavelmente apresentam maior gravidade, em comparação com Fortaleza. O fato de os serviços do município serem todos CAPS tipo III é outro elemento que aponta na mesma direção: essa modalidade de serviço é mais bem equipada para casos mais complexos. Isso aponta para uma diferença no funcionamento dos serviços CAPS dos dois municípios, e uma relação diferente que estes dispositivos estabelecem em suas respectivas redes de saúde, incluindo a relação com a AB. Contudo, em ambos os cenários, não foi possível observar os diagnósticos autodeclarados, enquanto indicadores de gravidade, evidenciando diferenças no recebimento de intervenções na AB.

Por fim, outra característica mostrou-se ainda associada ao recebimento de tratamento na atenção básica em Fortaleza: uma das categorias de escolaridade (0 a 3 anos de estudo) recebeu com maior frequência tratamento na AB, em comparação com o grupo

de 4 a 8 anos de estudo; porém, a associação não foi significativa para as demais faixas de escolaridade (8 a 11 anos; 12 anos ou mais).

Pessoas com menos anos de estudo geralmente possuem pior condição socioeconômica, que por sua vez é um fator de risco para o desenvolvimento de PSM (YU; WILLIAMS, 1999). Nesse caso, maior oferta de tratamento pode ser consoante com uma maior morbidade apresentada nesse segmento. Isso não explicaria, contudo, a ausência de associação nos demais grupos de maior escolaridade. Adicionalmente, a Estratégia Saúde da Família (ESF) mostra-se eficaz em direcionar ações para os segmentos mais pobres da população (MACINKO; LIMA-COSTA, 2012), de forma que o grupo com menos anos de estudo (e piores condições socioeconômicas) pode ter sido privilegiado em decorrência desse direcionamento. Já os grupos de maior escolaridade (8 a 11 anos de estudo, 12 anos ou mais) fariam menor uso da atenção básica, de forma que a discriminação positiva da ESF não teria o mesmo efeito nesses grupos. Em relação às diferenças nas associações dos dois municípios, tendo em vista a pior condição socioeconômica da população de Fortaleza, tal modulação de equidade da AB pode ter efeitos mais visíveis nessa localidade.

Conclusões

O estudo buscou identificar a frequência e os fatores associados ao recebimento de tratamento em saúde mental na AB em usuários dos CAPS de Campinas e Fortaleza. A ocorrência da detecção inicial dos agravos de saúde mental na AB é um importante fator associado, assim como ter chegado ao CAPS por meio de encaminhamento desse nível de atenção. Especial importância deve ser destinada aos adultos jovens, cujo recebimento de tratamento na atenção básica mostra-se mais raro, apesar de estarem em período crucial na emergência de quadros de sofrimento psíquico e transtorno mental grave.

A possibilidade de acompanhamento de pessoas com problemas graves de saúde mental pela atenção básica permanece um desafio para os centros de saúde. O aprimoramento da qualidade e frequência da detecção são melhorias importantes e prementes, uma vez que a oferta de tratamento, seja via NASF ou pelas equipes de referência, depende de algum tipo de detecção. Não obstante, a qualidade da detecção é crucial também para definir os casos a serem mantidos sob acompanhamento na AB e aqueles que demandam atenção especializada, sendo, portanto, um fator determinante para a organização racional do cuidado hierarquizado.

Referências bibliográficas

AMARAL, C. E. M. **Rede de atenção em saúde mental do município de Fortaleza: uma análise multidimensional na perspectiva de profissionais de diferentes dispositivos**. [dissertação] Mestrado em Saúde Pública. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2013.

AMARAL, C. E. M.; BOSI, M. L. Implicações da noção de rede na saúde coletiva e na saúde mental. In: JORGE, M. S. B.; SILVA, R. M.; CATRIB, A. M. F. (Eds.). **A transversalidade epistemológica da Saúde Coletiva: saberes e práticas**. Fortaleza: EdUECE, 2013. p. 354.

AMARAL, C. E. M.; BOSI, M. L. M. O desafio da análise de redes de saúde no campo da saúde coletiva. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 2, p. 424–434, jun. 2017.

ATHIÉ, 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, 5 abr. 2013.

BOWER, P.; GILBODY, S. Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency. **British Journal of Psychiatry**, v. 186, n. 01, p. 11–17, 2 jan. 2005.

BRAGA CAMPOS, F. **O modelo da reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos**. [tese] Doutorado em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2000.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 154. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília, 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde Mental. **Cadernos de atenção básica**, v. 34, 2013.

CAMPANHA, A. M. et al. Use of psychotropic medications in São Paulo Metropolitan Area, Brazil: pattern of healthcare provision to general population. **Pharmacoepidemiology and Drug Safety**, v. 24, n. 11, p. 1207–1214, nov. 2015.

CAMPOS, G. W. DE 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.

CAVALCANTI, M. T. et al. Critérios de admissão e continuidade de cuidados em centros de atenção psicossocial , Rio de Janeiro , RJ Criteria for admission and continuity of health care in psychosocial healthcare services , City of Rio de Janeiro , Southeastern Brazil.

Revista de saúde pública, v. 43, n. (supl.1), p. 23–28, 2009.

CHIAVERINI, D. H. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Brasil. Ministério da Saúde, 2011.

CONTANDRIOPOULOS, A-P; DENIS, J-L; TOUATI, N.; RODRIGUEZ, R. Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre. **Ruptures, revue transdisciplinaire en santé**, v. 8, n. 2, p. 38–52, 2001.

CRAVEN, M. A.; BLAND, R. Better practices in collaborative mental health care: an analysis of the evidence base. **Canadian journal of psychiatry**, v. 51, n. 6 Suppl 1, p. 7S–72S, maio 2006.

DE PINHO, L. B.; HERNÁNDEZ, A. M. B.; KANTORSKI, L. P. O discurso sobre o acolhimento e a acessibilidade nos serviços comunitários de saúde mental. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 612–619, 14 dez. 2009.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P. (Ed.). **Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau, 2005. p. 161–194.

DIAZ, A. R. M. G. **Pesquisa avaliativa em Saude Mental : a regulação da “porta” nos Centros de Atenção Psicossocial**. [s.l.] Universidade Estadual de Campinas, 2009.

EVANS-LACKO, S. et al. Clinical pathways in psychiatry. **The British Journal of Psychiatry**, v. 193, n. 1, p. 4–5, 1 jul. 2008.

FIGUEIREDO, M. D.; ONOCKO-CAMPOS, R. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 129–138, 2009.

FLEURY, M.-J. et al. Professional Service Utilisation among Patients with Severe Mental Disorders. **BMC Health Services Research**, v. 10, p. 141, 27 maio 2010.

FORTES, S. et al. Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a Atenção Primária pelo matriciamento. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1079–1102, dez. 2014.

GAMA, C. A. P. DA; ONOCKO-CAMPOS, R. Saúde Mental na Atenção Básica: uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, n. 2, p. 112–131, 2009.

IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z. Apoio Matricial: um estudo bibliográfico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 9, p. 3791–3798, set. 2014.

LANCETTI, A. **Saúde mental e saúde da família**. Saúde e Lo ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

MACINKO, J.; LIMA-COSTA, M. F. Horizontal equity in healthcare utilization in Brazil, 1998–2008. **Int J Equity Health**, v. 11, 2012.

MCCRONE, P. et al. Location of care for people with serious mental illness (LOCAPE): implications for service use and costs using a mixed-methods approach. **Health Services and Delivery Research**, v. 4, n. 34, p. 1–108, dez. 2016.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2a. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MOREIRA, C. P.; AMARAL, C. E. M. Ações dos agentes comunitários de saúde no cuidado em saúde mental. In: NUNES, M. DE O.; LANDIM, F. L. P. (Eds.). . **Saúde Mental na Atenção Básica: política e cotidiano**. Salvador: EDUFBA, 2016. p. 496.

MORGAN, C. et al. Clinical and social determinants of duration of untreated psychosis in the AeSOP first-episode psychosis study. **The British Journal of Psychiatry**, v. 189, n. 5, p. 446–452, 1 nov. 2006.

NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR MENTAL HEALTH - UK. **Common Mental Health Disorders: Identification and Pathways to Care. NICE Clinical Guidelines**. No. 123. ed. Leicester: British Psychological Society, 2011.

OLIVEIRA, A. M. et al. Family context and duration of untreated psychosis (DUP): Results from the Sao Paulo Study. **Schizophrenia Research**, v. 119, n. 1-3, p. 124–130, jun. 2010.

OLIVEIRA, P. R. S. DE. “Esse caso é de NASF?”: **compreendendo práticas de saúde mental na atenção primária em Fortaleza-CE**. [s.l.] Universidade Federal do Ceará, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre saúde no mundo. Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Geneva: Organização Mundial de Saúde, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; WONKA. **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: Uma perspectiva global**. Geneva: Organização Mundial de Saúde, 2008.

OSINAGA, V. L. M.; FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. L. F. Users of three psychiatric services: profile and opinion. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 70–77, fev. 2007.

PORTO, I. M. S. **A implementação da reforma psiquiátrica em Fortaleza, Ceará: contexto, desafios e perspectivas**. [s.l.] Universidade Estadual do Ceará, 2010.

REILLY, S. et al. The Role of Primary Care in Service Provision for People with Severe Mental Illness in the United Kingdom. **PLoS ONE**, v. 7, n. 5, p. e36468, 15 maio 2012.

SILVEIRA, E. R. Práticas que integram a saúde mental à saúde pública : o apoio matricial e a interconsulta. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 9, p. 2377–2386, 2012.

SOUZA, L. G. S. et al. Saúde mental na estratégia saúde da família: revisão da literatura brasileira. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 4, p. 1022–1034, dez. 2012.

STARFIELD B. Acessibilidade e primeiro contato: a “porta.” In: Starfield B (Ed.). **Atenção**

primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura / Ministério da Saúde; 2002. p. 726.

THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. **The Mental Health Matrix: A Manual to Improve Services.** London: Cambridge University Press, 1999.

THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. **Better mental health care.** London: Cambridge University Press, 2008.

VASCONCELOS, M. G. F. et al. Práticas inovadoras de saúde mental na atenção básica: apoio matricial na redefinição do processo de trabalho em saúde **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 4, n. 8, p. epub, 2012.

VIRON, M. et al. Schizophrenia for Primary Care Providers: How to Contribute to the Care of a Vulnerable Patient Population. **The American Journal of Medicine**, v. 125, n. 3, p. 223–230, mar. 2012.

WANG, Y. P. et al. Patterns and predictors of health service use among people with mental disorders in São Paulo metropolitan area, Brazil. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, v. 26, n. 01, p. 89–101, 12 fev. 2017.

WETZEL, C. et al. Dimensões do objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial. **Ciencia y Enfermeria**, v. 16, n. 4, p. 2133–2143, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **mhGAP: Mental Health Gap Action Programme Scaling Up Care for Mental, Neurological and Substance Use Disorders.** Geneva: WHO, 2008.

YU, Y.; WILLIAMS, D. R. Socioeconomic Status and Mental Health. In: ANESHENSEL, C. S.; PHELAN, J. C. (Eds.). **Handbook of the Sociology of Mental Health.** Handbooks of Sociology and Social Research. Boston: Springer US, 1999. p. 151–166.

6. DISCUSSÃO GERAL

Os artigos que compõem essa tese apresentam diferentes facetas dos processos que ocorrem na inter-relação dos serviços de saúde, em especial dos centros de saúde e os CAPS. Após a apreciação dos resultados individuais de cada artigo, que compuseram os objetivos específicos da tese e foram apresentados como capítulos independentes, cabe agora discuti-los de forma integrada. Buscamos uma compreensão geral sobre o funcionamento das redes de saúde, a partir dos processos destacados em cada artigo.

As manifestações concretas das redes de saúde são fenômenos singulares. Ainda que as redes sejam normatizadas por regulamentações de diferentes níveis (leis, portarias, normas operacionais), e muitas vezes possuam como referências-guia evidências científicas que se pretendem universalizantes (fatores que oportunizariam uma abordagem nomotética, identificando regularidades), a aproximação empírica às redes evidencia realidades bastante particulares e multideterminadas. A possibilidade de compreender as redes de saúde mental desenvolvidas no Brasil parte de uma tensão entre esses dois polos: o geral e o particular.

Por um lado, a política nacional de saúde mental e as diretrizes para a Redes de Atenção Psicossocial buscam ser um modelo normativo que incidiria em todos os estados e municípios, mas a própria história das redes locais prévias e os atores técnicos e sociais que as compõem condicionam facilidades no desenvolvimento de fragmentos da política, enquanto exigem rupturas mais profundas para implantação de outros componentes.

O interesse de identificar e compreender a série de desvios e reorganizações que se desdobram a partir das premissas gerais (leis, evidências, modelos) foi uma das ideias motrizes dessa tese. O outro eixo da pesquisa refere-se a uma segunda tensão, também sustentada em uma dualidade, concernente às relações entre o todo e as partes: ainda que o funcionamento sistêmico das redes seja gerado pelas operações de seus componentes individualizados, a explicação deste funcionamento não se esgota nas características dessas partes vistas isoladamente. O estudo das redes demanda a criação de novas unidades funcionais de análise, que preservem as propriedades das redes mesmo quando efetuados os (inevitáveis) recortes de estudo.

Nossos modelos teóricos de referência para análise de redes ^{36,37,39} incorporam tal lógica sistêmica nas relações geral/particular e parte/todo. As conclusões oriundas da presente tese, ainda que não sejam uma aplicação direta desses modelos de análise, buscam reconhecer a complexidade dessas relações na aproximação às redes factuais de saúde

mental. A pesquisa teve como objeto as redes em recortes de diferentes locais e níveis de análise: de forma mais aprofundada, as redes dos municípios de Campinas e Fortaleza; de forma mais tangencial, trazendo elementos comparativos às redes de Campinas e Fortaleza, abordamos as redes de Porto Alegre e São Paulo; e de forma mais contextual, por meio de informações da literatura, os itinerários terapêuticos de saúde mental desenvolvidos em quaisquer partes do Brasil.

A análise produzida no artigo 1, “*Systematic review of pathways to mental health care in Brazil*”, utilizou como recurso interpretativo as principais políticas norteadoras da atenção em saúde mental no país: os Centros de Atenção Psicossocial como ênfase da construção da rede substitutiva; os Núcleos de Apoio a Saúde da Família enquanto política de fortalecimento da resolutividade da atenção primária, incluindo a capacidade de resposta a demandas de saúde mental; as Redes de Atenção à Saúde como estratégia de articulação e delineamento dos componentes para a constituição de linhas de cuidado integral.

As regulações das políticas de saúde são consideradas *inputs* de nível nacional/regional no modelo de Thornicroft e Tansella³⁷, que destacam que seus efeitos são observados na etapa seguinte, de processos. No modelo de Amaral e Bosi³⁹, as políticas fazem parte da dimensão Normatividade, que destaca também os acordos locais intra e entre serviços e equipes, que ressignificam as políticas em argumentos para as ações cotidianas.

Os resultados do artigo 1 indicam efeitos na rede atribuídos aos dispositivos criados ou fortalecidos pelas políticas destacadas (criação de serviços CAPS e equipes NASF, integração de serviços), em relação à mudança na forma do cuidado estabelecido pelos profissionais, porém apontam simultaneamente para o caráter parcial dessas mudanças. “Parcial” assume significados diferentes, ainda que complementares: primeiramente, no sentido de uma implementação incompleta das políticas, que não desenvolveram quantidade suficiente de serviços para cobertura adequada da população, nem provocaram a substituição completa das práticas anteriores.

Parcial adquire também outro sentido, que revela a discordância de profissionais e gestores acerca dos modelos de atenção que as políticas buscam implementar. Esses modelos, não consensuais, incluem a atenção primária como reguladora do sistema de saúde, inclusive das demandas de saúde mental (modelo fortalecido pela política dos NASF); os CAPS como gestores prioritários das situações de crise, articulando o cuidado com os demais serviços (política dos CAPS); e a responsabilidade efetiva do conjunto de serviços de saúde

pela integralidade do cuidado às pessoas com problemas de saúde mental, ofertando as intervenções no momento e local adequado (política da Rede de Atenção Psicossocial).

Os serviços não são “tábulas rasas” nem espaços dóceis, de forma que vetores hegemônicos de normatização (representados aqui pelas políticas de saúde) não são meramente “adotados”. É mais coerente entender esse processo como a produção de certo grau de desordem na forma de organização local anterior, que buscam rearranjos mais alinhados com a proposta da norma, assim como a acomodação de valores e interesses locais⁴⁵. Ainda que as normativas seja indiferentes ao contexto local (pretendem-se gerais), são as redes locais que possuem as condições técnicas para o exercício do trabalho em saúde. Nestas redes locais subsiste o convívio de diferentes tempos sociais (e diferentes políticas), com suas respectivas hegemonias técnicas. Desse modo, as práticas manicomiais, ambulatoriais e medicamento-centradas, que representam ênfases das políticas anteriores de saúde mental, persistem nos serviços e na prática profissional.

Um dos pontos centrais discutidos no artigo “*Systematic review of pathways...*”, que evidencia a rugosidade dos espaços locais em relação às políticas de saúde, refere-se aos modos de adoção (e resistência) de ações de saúde mental no cenário da atenção básica. Estudos reportam a eficácia limitada de ações, muitas vezes baseadas no senso comum, uso reducionista do tratamento medicamentoso ou recusa e transferência de responsabilidade frente às demandas, com o encaminhamento à especialidade como conduta preferencial. Simultaneamente, identificam-se práticas compartilhadas das equipes básicas com apoiadores de saúde mental, com melhorias na qualificação da prescrição medicamentosa e aumento na variedade de ações de cuidado ofertadas pela equipe. Considerando que as políticas de saúde aqui destacadas buscam um efeito no território nacional, é desafiadora a perspectiva de analisar seus sucessos e fracassos em um escopo dessa abrangência, uma vez que o grau de permanência de modelos anteriores difere em cada período e localidade estudados.

Os resultados do artigo 2, “*Ações de saúde mental na atenção básica de quatro municípios brasileiros de grande porte*”, revelam exemplos dessa variabilidade, expressa na magnitude de cada característica da AB investigada: cobertura, realização de detecção inicial, procedimentos de psiquiatria e psicologia, tratamento oferecido a usuários graves, aceitabilidade dos serviços em situações de crise de saúde mental. Porém, além das diferenças entre municípios, as séries históricas mostram como as políticas de saúde são instáveis em cada cidade. Ressaltamos, por exemplo, que mesmo em períodos de aumento

da cobertura de atenção básica, os procedimentos de saúde mental sofreram quedas consideráveis no período estudado em Campinas, Fortaleza e Porto Alegre, com apenas São Paulo apresentando maior estabilidade nos indicadores.

Os resultados dos artigos “*Systematic review of pathways...*” e “*Ações de saúde mental na atenção básica de quatro municípios brasileiros de grande porte*” apresentam ainda um problema decorrente da generalização de dados locais para compor um panorama nacional: as redes apresentam-se variadas em termos de composição, heterogêneas em relação ao modo de funcionamento, cobertura e taxas de procedimentos por habitante. Além disso, possuem um conjunto de características cujas variações não se comportam em bloco. Esse conjunto de particularidades traz sérios riscos em transpor evidências para níveis mais gerais sem a devida compreensão do contexto local.

A análise do contexto local é enriquecida pela perspectiva sistêmica que temos defendido. No artigo “*Ações de saúde mental na atenção básica de quatro municípios...*” alguns dos indicadores que utilizamos se referem ao conjunto de instituições de mesma natureza: medidas que referem-se exclusivamente ao funcionamento dos serviços de atenção básica. São indicadores mais tradicionais no campo da análise de serviços, como proporção de cobertura e taxas anuais de procedimentos por habitante. Adicionalmente, propusemos outros indicadores mais dinâmicos, que tratam do funcionamento da rede (ainda que a partir de um ponto de vista específico: usuários do CAPS). Nesse segundo tipo de indicadores incluem-se a proporção de identificação inicial ocorrida em cada serviço da rede, o recebimento de intervenções em um serviço prévio (tratamento de saúde mental na atenção básica) e a procura por outro serviço na emergência de crises (busca pelos centros de saúde).

A utilização de um tipo de serviço como ponto de partida para analisar a rede de saúde mental traz algumas implicações e vieses na população de referência do estudo, conforme bem destacado na obra de Goldberg e Huxley, *Mental Illness in the community: pathways to psychiatric care*⁴⁶. Nesta obra, os autores ressaltam a diferença na prevalência e na forma de apresentação dos quadros de transtornos mental nas populações observadas em três diferentes níveis: na comunidade (população em geral), nos serviços de atenção primária e nos serviços de saúde mental. Eventos intervenientes que ocorrem regularmente na passagem de um nível para o outro agem como filtros, modificando as características da população que compõe cada um dos níveis subsequentes.

De forma semelhante, a população atualmente em atendimento no CAPS representa um segmento específico dos usuários da RAPS, filtrada a partir de determinados processos:

a decisão dos usuários de buscar um serviço de saúde (ou serem interpelados por estes serviços, a partir da intencionalidade de outrem); a decisão de um profissional de saúde de encaminhar ao CAPS; a decisão da equipe CAPS de vincular o usuário ao serviço ou encaminhá-lo ⁴⁶. As mensurações que utilizamos da “proporção de identificação inicial ocorrida na AB”, “proporção de usuários que receberam atendimento na AB” e “percentual que busca a AB em situações de crise” revelam uma parte importante do funcionamento da rede de saúde em geral, ao ancorarem-se nas experiências desses usuários específicos, gerando por sua vez questões acerca dos processos que determinaram esse público enquanto clientela do serviço. Adicionalmente, sublinhamos que informações oriundas de pessoas com diferentes posições na rede de saúde, seja em relação ao seu papel (profissional, gestor, usuário, familiar) ou ao local de ação (vinculados a serviços específicos) caracterizam grupos de interesse distintos, com perspectivas e implicações diferenciadas nos acontecimentos da rede ^{40,47}, sendo importante demarcar a perspectiva da qual provém nossas informações.

Todavia, mesmo a partir de um ponto de vista único, os efeitos do funcionamento sistêmico podem ser destacados pelos indicadores utilizados, com um “acompanhamento” realizado de forma retrospectiva: a rememoração dos eventos no itinerário, tenham eles acontecido no CAPS, centros de saúde ou outros dispositivos, revelam aspectos do funcionamento destes serviços e suas relações.

A forma como o evento “identificação inicial do problema de saúde mental” se distribui na rede é um exemplo particularmente interessante do caráter interconectado do funcionamento dos serviços. Considerando que esse evento ocorre apenas uma vez na trajetória assistencial do usuário (afinal, estamos falando da detecção *inicial* do PSM), a frequência com que ocorre nos serviços especializados, sejam CAPS ou hospitais psiquiátricos, depende não apenas do desempenho destes serviços, mas também da dificuldade de acesso ou infrequência de detecção nos serviços primários (teoricamente anteriores, no itinerário geral em saúde dos usuários). O local de ocorrência do evento vincula-se ainda ao modelo de atenção que se desdobra na rede, que pode privilegiar os CAPS ou emergências psiquiátricas em hospitais como porta de entrada preferencial na rede de saúde mental, aumentando as chances desses serviços realizarem o primeiro contato.

A análise da cobertura de atenção básica, que apesar de irregular, no período mais recente assumiu valores semelhantes nos quatro municípios, não é suficiente para identificar (ou prever) diferenças do grau de participação da AB na identificação inicial dos casos. Do mesmo modo, os municípios apresentam valores diferentes na proporção de detecções

ocorridas, mesmo quando possuem taxas semelhantes de procedimentos psiquiátricos na AB (Campinas e São Paulo), ou frequência semelhante de usuários do CAPS que receberam tratamento na AB (Campinas, Porto Alegre e São Paulo).

Thornicroft e Tansella ³⁷ apontam uma diferença sutil, porém fundamental, ao considerar as taxas de cobertura e as taxas de procedimento por habitante como exemplos de *inputs*, e a *prevalência tratada* como o processo decorrente. Consideramos essa distinção válida em relação à prevalência tratada e, de forma análoga, aplica-se para a ocorrência da *deteção inicial do agravo* como outro processo também decorrente desses *inputs*. Entretanto, apontamos que a relação desses *inputs*, no nível municipal, com os processos associados não é uma relação direta de causa e efeito, cuja reação seria o aumento equivalente em ambos. Nossa hipótese é que outros processos (e *inputs* associados), pertinentes a outros serviços da rede, agem como aspectos intervenientes na relação.

A investigação sobre “tratamento de saúde mental na atenção básica” e “locais de detecção inicial do PSM”, que representam indicadores dinâmicos da rede, foram aprofundados nos dois últimos artigos da tese, incluindo ainda um terceiro evento de interesse: a origem dos encaminhamentos ao CAPS.

Uma análise preliminar, no nível municipal, foi efetuada no artigo “*Ações de saúde mental em quatro municípios...*”, indicando padrões irregulares na magnitude dos processos desenvolvidos na AB de cada município, ao passo que no artigo “*Fatores associados ao tratamento de SM na AB*” foi possível investigar as associações entre os eventos no nível individual. Nesse âmbito, conforme nossa hipótese inicial, a responsabilização e capacidade técnica para efetuar a detecção estão correlacionados com a existência do tratamento iniciarse já na AB. Mesmo dentro do subgrupo específico de pessoas encaminhados pela AB, a ocorrência da detecção inicial nesse nível aumenta as chances de tratamento; de forma correspondente, os usuários que foram atendidos na AB mas chegaram com um diagnóstico já efetuado em outro serviço não têm a mesma chance de receber tratamento, ainda que tenham chance maior que as pessoas que acessaram o CAPS por outras vias.

Nos remetendo novamente à noção de Níveis e Filtros, destacamos que tal teorização foi pensada inicialmente para sistemas hierarquizados de forte regulação pela atenção básica, de modo que para utilizá-la de forma adequada em no contexto de nossa pesquisa foi necessária uma adaptação à realidade das redes do SUS. Conforme nossa alteração no modelo, descrita no artigo “*Systematic review of pathways...*”, a procura inicial por cuidados em saúde mental com frequência não envolve a atenção básica, mesmo quando incorre no

uso do sistema formal de saúde. Nossa revisão sistemática apontou indícios de diferentes modelos organizando os itinerários de saúde mental: elementos de um modelo de acesso hierarquizado, cuja detecção e tratamento iniciariam preferencialmente pela AB; um modelo de acesso direto aos serviços comunitários de saúde mental, que privilegiaria o contato inicial no CAPS, tanto para o efetivo acompanhamento como para redirecionamento a serviços de menor complexidade; e um terceiro formato, cujo acesso inicial ao circuito de saúde mental ocorre via serviços de emergência, em pronto-atendimentos de psiquiatria ou serviços hospitalares de internação. Portanto, um desdobramento natural da discussão contida no primeiro artigo é a identificação de como se organiza o acesso ao CAPS em redes específicas e em que medida esses modelos estão representados em tal configuração, que ocorreu no terceiro artigo “*Itinerários terapêuticos até o CAPS*”.

Em “*Itinerários terapêuticos até o CAPS*”, trazemos os elementos empíricos do sincretismo dos modelos brasileiros, no plural, em vez de um denominador comum de funcionamento em cada rede. Em Campinas, destaca-se uma rede equilibrada: a maior proporção de usuários no CAPS é oriunda da AB, característica de um modelo hierarquizado, porém a identificação dos agravos ocorre em maior volume nos próprios CAPS, ocorrência comum em modelos de acesso direto. Cabe a ressalva de que a proporção originária da AB, apesar de maior que as outras vias de acesso, é pequena comparada com outros países de modelo rigidamente hierarquizado, de forma que não podemos dizer de fato que o acesso em Campinas seja regulado pela atenção básica. Por fim, além dos serviços de saúde de base territorial, o hospital geral tem também participação significativa, ainda que não majoritária, enquanto local de detecção e encaminhamento ao CAPS, em especial após situações de internação breve, ao passo que o hospital psiquiátrico não apresenta proporção marcante nos dois eventos.

Em Fortaleza, as características predominantes remetem ao modelo hospitalocêntrico, uma vez que o hospital psiquiátrico concentra a identificação dos problemas psíquicos, assim como os encaminhamentos ao CAPS (seja após atendimento ambulatorial ou internação). Ainda que as internações não respondam pela maioria dos encaminhamentos, a regulação de vagas do município e consultas de emergência ocorrem no pronto-socorro do próprio hospital, tornando esse serviço determinante na organização dos fluxos, à semelhança do que foi identificado em redes de outros municípios^{48,49}.

À primeira vista, a organização dos fluxos em Fortaleza ocorreria em simultaneidade com características do modelo hierarquizado pela AB, uma vez que sua proporção de

encaminhamentos é similar àquela originária de hospitais psiquiátricos. Contudo, as características das ações de saúde mental na AB em Fortaleza, conforme apresentado no artigo 2, revelam resultados bastante modestos quanto à oferta de intervenções. Desse modo, apesar do volume de encaminhamentos identificado, os efeitos de regulação pela AB no município ocorrem de forma bastante limitada, pela pequena capacidade de manejo das demandas de saúde mental nas unidades básicas de saúde. A capacidade desses serviços de absorver parte da demanda, efetuando um filtro de casos mais leves, não parece ocorrer de forma significativa, conforme identificado em estudo anterior no município⁵⁰. Tal afirmação é consistente também com o perfil diagnóstico relatado pelos usuários do CAPS, conforme reportado nos artigos 3 e 4, revelando presença considerável de pessoas com transtornos depressivos e ansiosos, considerados de menor gravidade.

A investigação da assistência em saúde mental tendo a rede municipal como escopo de análise permite contrastar as experiências que ocorrem dentro dos serviços com seu efeito geral na rede. No caso de Fortaleza, estudos anteriores destacam a aproximação dos serviços CAPS aos princípios da Reforma Psiquiátrica no âmbito das práticas desenvolvidas, especialmente em relação à humanização e acolhimento^{51,52}. De forma semelhante, ocorrem arranjos organizacionais inventivos na atenção primária do município para acomodar a saúde mental na ação cotidiana dos NASF e equipes de referência⁵³. Contudo, ainda que esteja documentado o efeito dentro dos serviços, não é apenas a qualidade do cuidado que gera impacto na organização da rede substitutiva, conforme nossos resultados acerca da centralidade do hospital psiquiátrico no município.

Essa diferença de planos parte/todo é destacada na dimensão Integração da análise de redes de saúde³⁹, que representa efeitos do conjunto de propostas de cuidado do serviços individuais (unidade mínimas) e de suas relações (conectividade). Em Campinas, o desenvolvimento de um modelo equilibrado ocorreu com a mudança conjugada das práticas clínicas e de gestão⁵⁴, orientando ainda prioridades na provisão dos serviços, o que destaca também a dimensão Normatividade na produção da integração.

No plano individual, a relação entre o local de primeira identificação e o direcionamento ao CAPS também foi investigada no artigo “*Itinerários terapêuticos até o CAPS*”. Dentre os eventos ocorridos na trajetória anterior ao CAPS e características individuais dos usuários, o local de detecção foi o evento que se mostrou mais consistentemente associado ao modo de chegada ao CAPS, mostrando a regularidade com que o local identificador se torna a via de acesso ao serviço psicossocial.

A detecção nos centros de saúde e o encaminhamento por estes serviços são processos correlacionados, assim como o acesso direto ao CAPS e detecção nesse serviço também são processos conexos. A correlação encontrada nas duas formas de acesso não se mostrou dependente da magnitude de outras ações específicas de saúde mental, dentro das variações observadas nos indicadores municipais de Campinas e Fortaleza (detalhadas no artigo “*Ações de saúde mental na atenção básica de quatro municípios...*”). Ou seja: a correlação ocorre em municípios com alto e baixo volume de ações de saúde mental na AB. Isso indica que a correlação se mantém quando a AB apresenta uma atuação significativa na seleção e absorção de demandas, assim como quando sua atuação tem pouca capacidade de filtragem, gerando grande quantidade de encaminhamentos “inadequados” quanto ao nível de gravidade.

Em Campinas, os usuários que chegaram via AB são também mais velhos e com maior chance de apresentarem transtornos mais leves (depressivos ou ansiosos). Essas características apontam para alguns efeitos reguladores por parte da atenção básica, ainda que estes não ocorram de forma intencional (não há indícios de que haja uma preferência ou justificativa técnica para encaminhar pessoas com essas características). Porém, a conformação das redes de saúde engendra ações intencionais e fortuitas dos serviços, compondo efeitos de conjunto na rede ³⁹, que operam, dentre outras consequências, certa seleção do público de cada serviço ⁴⁶. Essa seleção é ainda sensível ao contexto local; como exemplo disso não encontramos os mesmos padrões em Fortaleza.

A investigação do acesso via demanda espontânea gera questionamentos complementares ao tema da regulação. Mostramos que pessoas que adentram o CAPS sem encaminhamento têm maior chance de a identificação ter ocorrido no próprio CAPS. Isso indica uma ocorrência pequena de usuários que rompem o vínculo com o serviço que realizou a detecção e, por conta própria (à revelia da conduta do serviço identificador), buscam o CAPS.

Outra associação ao acesso via demanda espontânea refere-se à cor branca. Essa constatação abre caminho para investigações sobre a influência de raça/cor no acesso, uso e itinerário nos serviços de saúde mental no Brasil. A proporção de pessoas brancas em acompanhamento no CAPS é menor que a proporção de brancos na população dos municípios da pesquisa (ainda que os brancos não estejam sub-representadas na amostra em relação à população total de *usuários* de cada município). As explicações para tanto extrapolam âmbito de nossa pesquisa, podendo ser investigadas diferenças na morbidade, no

grau de utilização do SUS e da rede privada, e diferenças na aceitabilidade do serviço CAPS em sua associação com características de raça/cor⁵⁵. Além disso, as associações de cor com renda e escolaridade, mediando outros efeitos mais gerais, não devem ser desprezadas. Contudo, dentro de nosso objeto de investigação, a proporção diferenciada de pessoas brancas em uma forma específica de acesso foi um acontecimento inesperado. Ademais, não houve associação correspondente com escolaridade (utilizada também como proxy para renda) ou posse de convênio médico, elementos que auxiliam a explicação de padrões diferentes no uso de serviços de saúde em geral com base em condições socioeconômicas^{56,57}.

O estudo da influência da etnicidade nos itinerários em saúde mental foi bastante explorada em outros países de sistema de saúde público e universal, como Reino Unido⁵⁸⁻⁶⁰ e Canadá^{61,62}. Contudo, não identificamos iniciativas semelhantes de investigação no Brasil. Sabe-se que no período dos grandes asilos psiquiátricos houve predominância de negros e pardos em internações de longa duração⁶³, assim como é ainda frequente a patologização de manifestações religiosas de matriz africana⁶⁴. Todavia, a influência de determinantes étnico-culturais nas atuais redes de atenção à saúde no Brasil permanece desconhecida.

A equidade é um princípio doutrinário do SUS, e o fortalecimento da cidadania é um fundamento ético do paradigma Psicossocial⁶⁵. Portanto, é premente a necessidade de incorporar o estudo das influências de raça/cor na atenção à saúde mental, buscando identificar se efeitos discriminatórios produzem iniquidades no acesso à saúde e nos itinerários terapêuticos, assim como investigar se outros aspectos específicos da constituição das redes de sociabilidade determinam modos particulares de acesso⁵⁸.

A decisão do local onde procurar ajuda para problemas de saúde mental depende da disponibilidade de serviços e suas estratégias de regulação formal, porém é também influenciada por determinantes culturais das pessoas em sofrimento psíquico. Esse enquadramento encontra respaldo na literatura brasileira, conforme apontado no artigo “*Systematic review of pathways...*”, assim como em parte da literatura internacional de itinerários terapêuticos em saúde mental, influenciada pela antropologia^{58,66}.

Dessa forma, os acessos via atenção primária e demanda espontânea são resultado de esforços intencionais da gestão e das equipes de saúde de organizar a demanda, assim como das escolhas de usuários e suas famílias frente às possibilidades de acesso condicionadas por tais esforços. Em termos de planejamento da regulação do sistema, os efeitos desse conjunto de determinações podem ser observados na distribuição dos fluxos no sistema de saúde mental e no conseqüente recebimento de intervenções diferenciadas.

7. CONCLUSÃO

O conjunto de hipóteses explorado nessa tese privilegiou os aspectos formais das redes de atenção à saúde. Buscamos um recorte pouco usual de análise, na tentativa de compreender relações e efeitos que se localizam no espaço virtual designado como rede de atenção, utilizando, para tanto, facetas do componente atenção básica e dos CAPS, representando o componente atenção especializada.

Nossa revisão de literatura destacou que as políticas de saúde mental mostraram-se indutoras de mudanças importantes, ainda que incompletas. Destacamos a atenção à crise e outras situações agudas como um dos aspectos problemáticos dos itinerários terapêuticos no Brasil, onde evidenciaram-se lacunas assistenciais e disputas de modelos de atenção. Um segundo aspecto, explorado mais profundamente em nossa tese, foi o desempenho irregular da atenção básica, na qual convivem diferentes cenários, incluindo barreiras de acesso e condutas estigmatizantes, e experiências de cuidado compartilhado e alta capacidade resolutiva das unidades básicas frente a demandas de saúde mental.

A variabilidade dos processos que ocorrem na atenção básica foi destacado nos municípios pesquisados, mostrando que o reconhecimento de sofrimento psíquico e transtorno mental na AB, assim como a oferta de cuidados iniciais em casos graves e a aceitabilidade dos serviços básicos em situações de crise de saúde mental, são fenômenos que não podem ser representados apenas por mensurações de volume de atendimento por parte de profissionais de saúde mental. O que é “produzido”, enquanto ações de saúde mental, por esse atendimentos e pelas ações das equipes de referência e de outros profissionais, requer a consideração adicional de outros eventos para a compreensão dos padrões de cuidado desenvolvido na rede básica em cada município.

Compreender o modo que os municípios organizam a saúde mental na atenção básica exige a investigação de eventos articulados que ocorrem no processo de cuidado. Nessa direção, desdobramentos interessantes no campo da pesquisa e da gestão em saúde mental surgem da apreciação integrada dos variados processos que ocorrem dentro de um serviço, assim como da investigação de processos *entre* os serviços. A adoção de indicadores para a rede de atenção psicossocial que transcendem intervenções encapsuladas em um único serviço ilumina novas dimensões de análise.

Ressaltamos o local e o momento do reconhecimento inicial do sofrimento psíquico como um evento a ser monitorado, no intuito de compreender os fluxos da atenção básica

para os serviços especializados. A detecção realizada de forma adequada pela atenção básica, assim como sua capacidade de resposta frente aos problemas percebidos, são determinantes importantes do trajeto assistencial dos usuários do SUS. Em termos de políticas de saúde, os NASF e o apoio matricial buscam influenciar esses dois aspectos. Contudo, estudos direcionados a identificar e compreender os determinantes da detecção e da decisão de encaminhar ou intervir seriam interessantes para a compreensão das condutas díspares que ocorrem frente às demandas de saúde mental nos serviços básicos.

Nossa pesquisa identificou algumas características associadas ao acesso ao CAPS por meio da atenção básica (idade, diagnóstico auto-declarado, local de detecção inicial). Porém, a explicação do que determina a associação encontrada nessas características permanece ainda com certo grau de especulação. Novas investigações nos serviços básicos, direcionadas a caracterizar como ocorrem a detecção e opção pelo encaminhamento, seriam úteis para explicar o efeito da idade e dos sintomas apresentados (entendendo os sintomas como uma aproximação mais objetiva ao diagnóstico auto-declarado). Tal abordagem permitiria ainda investigar os fatores que inibem a detecção, e características que favorecem que o acompanhamento permaneça sob responsabilidade das equipes dos centros de saúde. Em outras palavras, investigar na AB os não-identificados e os não-encaminhados ao CAPS, grupos que não foram incluídos no âmbito de nossa pesquisa.

Apesar da AB ser responsável por um volume importante dos encaminhamentos ao CAPS, mostramos que a maior parte dos usuários, nos dois municípios pesquisados, não é oriunda desse nível de atenção. O acesso direto ao CAPS, enquanto demanda espontânea, continua sendo um evento de considerável frequência, sendo representativo tanto de um modelo de organização, defendido por parte dos profissionais e pesquisadores do campo, mas se constituindo também enquanto fenômeno não planejado, consequência de dificuldades de acesso à AB ainda presentes em nosso sistema de saúde.

Identificamos também fatores associados a acessar o CAPS via demanda espontânea (cor branca, menor uso prévio de medição psiquiátrica, local de detecção inicial). De forma semelhante ao que propusemos em relação ao acesso mediado pela AB, investigações buscando explicar o que produz tais associações também seriam interessantes. Nos chama atenção, especialmente, a associação encontrada com a cor branca, provocando novas hipóteses sobre correlações e condicionantes entre raça/cor e outros aspectos da trajetória na RAPS e nos sistemas *folk* e popular de saúde. Os processos de detecção, tratamento ou encaminhamento pela AB, assim como os condicionantes da escolha, acesso e vinculação a

outros locais de auxílio ao sofrimento psíquico e aos transtornos mentais, são elementos passíveis de investigação sob a ótica das questões raciais.

Com o conjunto de resultados que compõe essa pesquisa, esperamos trazer elementos que auxiliem a compreensão do funcionamento da atenção à saúde mental nas diferentes conformações locais do Sistema Único de Saúde. Buscamos uma perspectiva generalizante, imperativa à formulação e implantação de políticas, conjugada a um olhar singularizante, necessário à compreensão e ajuste de cada rede. Reconhecemos a existência de um potencial e uma identidade de cada tipo de serviço das redes, assim como argumentamos pela exigência de contextualizar as ações de cada serviços em um sistema complexo, que reage, expande e limita os processos neles originados. Esperamos que nossa pesquisa traga algumas respostas, suscite perguntas inovadoras e estimule novas formas de indagar sobre como nossas redes de saúde mental estão se organizando, o que estão produzindo, e para qual direção queremos conduzi-las.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre saúde no mundo. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Geneva: OMS, 2001
2. Santos ÉG dos, Siqueira MM de. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *J Bras Psiquiatr.* 2010;59(3):238–46.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
4. Mari JDJ, Jorge MR, Kohn R. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos em adultos. In: Mello MF, Mello A de AF de, Kohn R, editors. *Epidemiologia da saúde mental no Brasil.* Porto Alegre: Artmed; 2007.
5. Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, César CLG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo , Brasil. *Cad Saúde Pública, Rio Janeiro.* 2006;22(8):1639–48.
6. Fortes S, Villano LAB, Lopes CS. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis , Rio de Janeiro. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008;30(1):32–7.
7. Coelho FM da C, Pinheiro RT, Horta BL, Magalhães PV da S, Garcias CMM, Silva CV da. Common mental disorders and chronic non-communicable diseases in adults: a population-based study. *Cad Saúde Pública, Rio Janeiro.* 2009;25(1):59–67.
8. World Health Organization. World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems: WHO-AIMS. Switzerland: WHO; 2005.
9. World Health Organization, Ministry of Health. WHO-AIMS Report on Mental Health System in Brazil. Brasília; 2007.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados 12. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
11. DATASUS. Informações de Saúde (TABNET). Rede Assistencial. 2017.
12. Botega NJ, Schechtman A. Censo nacional de unidades de psiquiatria em hospitais gerais: I. Situação atual e tendências. *Rev ABP-APAL.* 1997;19(3):79–86.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas de população, 2017. Estimativas de população, 2017. 2017 [cited 2017 Dec 1]. Available from: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao.html>

14. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2a ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 3.088. Institui a Rede de Atenção Psicossocial. Brasília; 2011.
16. Amarante P. Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1994.
17. Zambenedetti G, Perrone CM. O Processo de Construção de uma Rede de Atenção em Saúde Mental: desafios e potencialidades no processo de Reforma Psiquiátrica. *Physis*. 2007;18(2):277–93.
18. Amaral CEM, Bosi ML. Implicações da noção de rede na saúde coletiva e na saúde mental. In: Jorge MSB, Silva RM, Catrib AMF, editors. *A transversalidade epistemológica da Saúde Coletiva: saberes e práticas*. Fortaleza: EdUECE; 2013. p. 354.
19. Zambenedetti G, Silva RA. A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. *Psicol em Rev*. 2008;14(1):131–50.
20. Dantas C de R, Oda AMGR. Cartografia das pesquisas avaliativas de serviços de saúde mental no Brasil (2004-2013). *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2014 Dec;24(4):1127–79.
21. Costa PHA da, Colugnati FAB, Ronzani TM. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. *Cien Saude Colet*. 2015 Oct;20(10):3243–53.
22. Figueiredo MD, Onocko-Campos R. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Cien Saude Colet*. 2009;14(1):129–38.
23. Quinderé PHD, Jorge MSB, Nogueira MSL, Costa LFA da, Vasconcelos MGF. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. *Cien Saude Colet*. 2013 Jul;18(7):2157–66.
24. Sousa FSP de, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Barros MMM de, Quinderé PHD, Gondim LGF. Tecendo a rede assistencial em saúde mental com a ferramenta matricial. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2011 Dec;21(4):1579–99.
25. Onocko-Campos R, Furtado JP, Passos E, Ferrer AL, Miranda L, Gama CAP da. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Rev Saude Publica*. 2009 Aug;43(suppl 1):16–22.
26. Kantorski LP, Jardim V da R, Wetzel C, Olschowsky A, Schneider JF, Heck RM, et al. Satisfação dos usuários dos centros de atenção psicossocial da região Sul do Brasil.

- Rev Saude Publica. 2009;43(supl. 1):29–35.
27. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo. São Paulo: CREMESP; 2010. 104 p.
 28. Hoffmann MCCL, Santos DN, Mota ELA. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. *Cad Saude Publica*. 2008 Mar;24(3):633–42.
 29. Kilsztajn S, Lopes E de S, Lima LZ, Rocha PAF da, Carmo MSN do. Leitos hospitalares e reforma psiquiátrica no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008 Oct;24(10):2354–62.
 30. Furtado JP. Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. *Cien Saude Colet*. 2006 Sep;11(3):785–95.
 31. Mateus MD, Mari JJ, Delgado PG, Almeida-Filho N, Barrett T, Gerolin J, et al. The mental health system in Brazil: Policies and future challenges. *Int J Ment Health Syst*. 2008;2(1):12.
 32. Couto MCV, Duarte CS, Delgado PGG. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008;30(4):384–9.
 33. Hartz Z, Contandriopoulos A. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros.” *Cad Saúde Pública*, Rio Janeiro. 2004;20(2):331–6.
 34. Amaral CEM, Bosi MLM. Network as transconcept: elements for a conceptual demarcation in the field of public health. *Rev Saude Publica*. 2016;50(51):Epub.
 35. Viacava F, Almeida C, Caetano R, Fausto M, Macinko J, Martins M, et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Cien Saude Colet*. 2004 Sep;9(3):711–24.
 36. Thornicroft G, Tansella M. *Better mental health care*. London: Cambridge University Press; 2008.
 37. Thornicroft G, Tansella M. *The Mental Health Matrix: A Manual to Improve Services*. London: Cambridge University Press; 1999.
 38. Thornicroft G, Tansella M. *What are the arguments for community-based mental health care?* Copenhagen: WHO; 2003.
 39. Amaral CEM, Bosi MLM. O desafio da análise de redes de saúde no campo da saúde coletiva. *Saúde e Soc*. 2017 Jun;26(2):424–34.

40. Amaral CEM. Rede de atenção em saúde mental do município de Fortaleza: uma análise multidimensional na perspectiva de profissionais de diferentes dispositivos [Dissertação]. Universidade Federal do Ceará; 2013. Available from: <http://www.repositorio.ufc.br/ri/handle/riufc/6172>
41. Contandriopoulos A, Denis J, Touati N, Rodriguez R. Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre. *Ruptures, Rev Transdiscipl en santé*. 2001;8(2):38–52.
42. Pawson R, Greenhalgh T, Harvey G, Walshe K. Realist review - a new method of systematic review designed for complex policy interventions. *J Health Serv Res Policy*. 2005 Jul 4;10(1_suppl):21–34.
43. Cecilio LC de O, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA de, editors. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2003. p. 197–210.
44. Popay J, Roberts H, Sowden A, Petticrew M, Arai L, Rodgers M, et al. *Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews: A product from the ESRC Methods Programme*. Lancaster: Lancaster University; 2006.
45. Santos M. *A natureza do espaço*. 4a ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2008.
46. Goldberg D, Huxley P. *Mental illness in the community: the pathway to psychiatric care*. London: Tavistock Publications Ltd; 1980.
47. Furtado JP, Onocko-Campos RT. A participação de diferentes grupos de interesse na geração de conhecimentos sobre a rede de serviços avaliada. In: Onocko-Campos RT, Furtado JP, Benevides R, Passos E, editors. *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos de narratividade*. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 231–48.
48. Paes LG, Schimith MD, Barbosa TM, Righi LB. Rede de atenção em saúde mental na perspectiva dos coordenadores de serviços de saúde. *Trab Educ e Saúde*. 2013 Aug;11(2):395–409.
49. Dimenstein M, Amorim AKA, Leite J, Siqueira K, Gruska V, Vieira C, et al. O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN. *Rev P psique*. 2012;2(3):95–127.
50. Bezerra IC, Jorge MSB, Gondim APS, Lima LL de, Vasconcelos MGF. Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá": processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. *Interface*. 2014;18(48):61–74.
51. Oliveira RF de, Andrade LOM de, Goya N. Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. *Cien Saude Colet*. 2012 Nov;17(11):3069–

- 78.
52. Andrade AB de, Bosi MLM. Qualidade do cuidado em dois centros de atenção psicossocial sob o olhar de usuários. *Saúde e Soc.* 2015 Sep;24(3):887–900.
53. Oliveira PRS de. “Esse caso é de NASF?”: compreendendo práticas de saúde mental na atenção primária em Fortaleza-CE. [Dissertação] Universidade Federal do Ceará; 2013.
54. Campos GW de S. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec; 2000. 236 p.
55. Smolen JR. Raça/cor da pele, gênero e Transtornos Mentais Comuns na perspectiva da interseccionalidade [Dissertação]. Universidade Estadual de Feira de Santana; 2016.
56. Chiavegatto Filho ADP, Wang Y-P, Malik AM, Takaoka J, Viana MC, Andrade LH. Determinants of the use of health care services: multilevel analysis in the Metropolitan Region of Sao Paulo. *Rev Saude Publica.* 2015;49(15).
57. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica.* 2004;20(sup2):190–8.
58. Morgan C, Mallett R, Hutchinson G, Leff J. Negative pathways to psychiatric care and ethnicity: the bridge between social science and psychiatry. *Soc Sci Med.* 2004 Feb;58(4):739–52.
59. Morgan C, Mallett R, Hutchinson G, Bagalkote H, Morgan K, Fearon P, et al. Pathways to care and ethnicity. 2: Source of referral and help-seeking. *Br J Psychiatry.* 2005 Apr 2;186(4):290–6.
60. Commander MJ, Cochrane R, Sashidharan SP, Akilu F, Wildsmith E. Mental health care for Asian, black and white patients with non-affective psychoses: pathways to the psychiatric hospital, in-patient and after-care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1999 Oct 12;34(9):484–91.
61. Anderson KK, Flora N, Ferrari M, Tuck A, Archie S, Kidd S, et al. Pathways to First-Episode Care for Psychosis in African-, Caribbean-, and European-Origin Groups in Ontario. *Can J Psychiatry.* 2015 May;60(5):223–31.
62. Archie S, Akhtar-Danesh N, Norman R, Malla A, Roy P, Zipursky RB. Ethnic Diversity and Pathways to Care for a First Episode of Psychosis in Ontario. *Schizophr Bull.* 2010 Jul 1;36(4):688–701.
63. Arbex D. *Holocausto Brasileiro.* São Paulo: Geração Editorial; 2013. 255 p.
64. Dalgalarondo P. *Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico*

- e perspectivas atuais. *Arch Clin Psychiatry (São Paulo)*. 2007;34(1):25–33.
65. Pitta AMF. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 1996.
 66. Lin T-Y, Tardiff K, Donetz G, Goresky W. Ethnicity and patterns of help-seeking. *Cult Med Psychiatry*. 1978 Mar;2(1):3–13.
 67. Onocko-Campos R, Furtado JP, Trapé TL, Emerich BF, Surjus LT de L e S. Indicadores para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial tipo III: resultados de um desenho participativo. *Saúde em Debate*. 2017 Mar;41(spe):71–83.
 68. Furtado JP, Onocko-Campos RT, Moreira MIB, Trapé TL. A elaboração participativa de indicadores para a avaliação em saúde mental. *Cad Saude Publica*. 2013 Jan;29(1):102–10.
 69. Baccari IOP, Campos RTO, Stefanello S. Recovery: revisão sistemática de um conceito. *Cien Saude Colet*. 2015 Jan;20(1):125–36.

ANEXOS

Anexo 1 – Questionário Pesquisa AcesSUS – Agravo Saúde Mental

Pesquisa: Inquérito sobre o funcionamento da atenção básica à saúde e do acesso à atenção especializada em regiões metropolitanas brasileiras
Condição traçadora: Saúde Mental

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	
1. O Sr. / a Sra. poderia responder a um questionário de uma pesquisa feita pela Universidade para conhecer melhor os serviços de saúde mental?	(1) Não (<i>agradeça e encerre o questionário</i>) (2) Sim
2. O Sr./a Sra. reside nesta cidade?	(1) Não (<i>Se o questionário estiver sendo aplicado no MUNICÍPIO DE CAMPINAS, PORTO ALEGRE OU FORTALEZA, agradeça e encerre o questionário. Se estiver sendo aplicado no MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, vá para questão 3</i>) (2) Sim (<i>vá para questão 3</i>)
3. Há quanto tempo você faz acompanhamento neste CAPS?	Quantidade de dias, meses ou anos: _____ (<i>Se mais de 02 anos, interromper questionário</i>)
4. O(A) Sr.(a) veio para este serviço encaminhado(a) por uma unidade básica de saúde, posto de saúde ou centro de saúde?	(1) Não (<i>Se o questionário estiver sendo aplicado nos municípios de SÃO PAULO OU PORTO ALEGRE, agradeça e encerre o questionário. Se estiver sendo aplicado em outro município, vá para questão 4B</i>) (2) Sim (<i>vai para 4B</i>)
4B O serviço que lhe encaminhou localiza-se neste mesmo município?	(1) Não (<i>Se o questionário estiver sendo aplicado no MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, agradeça e encerre o questionário. Se estiver sendo aplicado em outro município, vá para questão 5</i>) (2) Sim (<i>vai para 5</i>)
TERMO DE CONSENTIMENTO	
<i>Pedir para o participante ler e assinar o termo de consentimento. Anotar:</i> Data: _____ Horário: _____ Unidade: _____	
IDENTIFICAÇÃO	
O Sr. / a Sra. poderia nos fornecer alguns dados pessoais, caso seja preciso entrar em contato?	
5. Qual seu nome completo?	_____ _____
6. Qual seu endereço?	_____ (888) Não sabe
7. CEP	_____ (888) Não sabe
8. Telefone	_____ (888) Não sabe

9. Número Cartão SUS	_____ (888) Não sabe
10. Sexo	(1) feminino (2) masculino (888) Não declarado / Não responde / Outro
11. Qual sua data de nascimento?	____/____/____ (888) Não sabe
12. Qual a sua cor? Vou ler algumas opções:	(1) Branca (2) Preta/Negra (3) Parda (4) Amarela (5) Indígena (888) Não declarado/não sabe
13. Até que ano o Sr. / a Sra. estudou?	(1) Sem escolaridade/analfabeto <u>1º grau</u> (2) 1º ano (3) 2º ano. (4) 3º ano. (5) 4º ano. (6) 5º ano. (7) 6º ano. (8) 7º ano. (9) 8º ano. (10) 9º ano. <u>2º grau</u> (11) 1º ano (12) 2º ano (13) 3º ano <u>Superior</u> (14) Superior incompleto (15) Superior completo (888) Não sabe / Não declarado
14. O Sr. / a Sra. tem algum convênio ou plano de saúde, incluindo planos de funcionários públicos?	(1) Não (<i>vá para questão 16</i>) (2) Sim
15. O Sr. / a Sra. já utilizou o convênio ou plano para algum atendimento de saúde mental?	(1) Não (2) Sim
16. O Sr. / a Sra. já pagou uma consulta particular para atendimento de saúde mental?	(1) Não (2) Sim
17. O Sr. / a Sra. tem algum problema de saúde mental?	(1) Não (<i>vá para questão 18</i>) (2) Sim (<i>vá para questão 19</i>)

18. Qual o motivo do Sr. / da Sra. ser acompanhado(a) no CAPS?	<hr/> (888) Não sabe/Não respondeu
19. Qual o nome o Sr. / a Sra. dá ao seu problema?	<hr/> (888) Não sabe/Não respondeu
20. Há quanto tempo esse problema foi identificado por um profissional de saúde?	Quantidade de dias, meses ou anos: _____ (888) Não sabe / Não lembra
21. Onde foi a primeira vez que um profissional de saúde identificou esse problema?	(1) Posto de saúde / unidade de saúde / centro de saúde (2) AMA (3) CAPS (4) Ambulatório de psiquiatria, policlínica ou AME (5) Hospital geral (6) Hospital psiquiátrico (7) PS - Pronto Socorro ou PA – Pronto atendimento (8) Outro serviço de saúde: _____

INFORMAÇÕES SOBRE ATENÇÃO ESPECIALIZADA	
22. Quando o(a) Sr.(a) veio ao CAPS pela primeira vez, veio encaminhado(a) de algum serviço de saúde?	(1) Não veio encaminhado(a) de nenhum serviço de saúde <i>(vá para questão 24)</i> (2) Hospital <i>(abrir lista de opções) (vá para questão 23)</i> (3) Posto de Saúde <i>(abrir lista de opções) (vá para questão 25)</i> (4) SAMU <i>(vá para questão 25)</i> (5) SOS Rua/Consultório na Rua <i>(vá para questão 25)</i> (6) Comunidade Terapêutica <i>(vá para questão 25)</i> (7) Outro CAPS <i>(abrir lista de opções) (vá para questão 25)</i> (8) Outro local: _____ <i>(vá para questão 25)</i> (888) Não sabe / Não respondeu <i>(vá para questão 25)</i>
23. Qual foi o atendimento que o(a) Sr.(a) realizou nesse hospital que te encaminhou para o CAPS?	(1) Internação no hospital psiquiátrico (2) Consulta no hospital psiquiátrico (3) Internação no hospital geral por questões de saúde mental (4) Internação no hospital geral por outro problema de saúde (5) Consulta no hospital geral

<p>24. Se o Sr. / a Sra. não foi encaminhado(a) por outro serviço, como chegou ao CAPS? Vou ler algumas opções:</p>	<p>(1) Vontade própria (você mesmo percebeu que precisava) (2) Pedido de familiares/amigos (3) Por orientação de algum local religioso (4) Por orientação de profissional de saúde (5) Trazido(a) pela polícia/guarda municipal (6) Por ordem judicial (7) Outro: _____</p>
<p>25. O que você motivou o(a) Sr.(a) a procurar o CAPS? Pode marcar mais de uma opção.</p>	<p>a) Estava muito nervoso, agitado ou agressivo b) Estava escutando vozes (alucinações auditivas) ou vendo coisas (alucinações visuais) ou sentindo sensações inexplicáveis no corpo (alucinações sensoriais) c) Tristeza profunda e/ou incapacidade de frequentar o trabalho ou atividades cotidianas e/ou planejava morrer d) Estava bem, mas precisava de remédio psiquiátrico ou da receita do remédio e) Outros (888) Não sabe / Não disseram porque deveria vir para cá</p>
<p>26. Algum profissional do CAPS lhe explicou alguma coisa sobre o seu problema de saúde mental?</p>	<p>(1) Não (2) Sim (888) Não sabe/Não lembra</p>
<p>27. Quanto tempo levou para você ser atendido a PRIMEIRA VEZ pelo psiquiatra no CAPS?</p>	<p>Quantidade de dias, meses ou anos: _____ <i>(se afirmar que foi atendido no mesmo dia, anotar 0) (vá para questão 28)</i> (777) Nunca fui atendido por psiquiatra no CAPS <i>(vá para questão 29)</i> (888) Não sabe / não lembra <i>(vá para questão 28)</i></p>
<p>28. Quanto tempo demora entre suas consultas com o psiquiatra?</p>	<p>Quantidade de dias, meses ou anos: _____ (777) Não é mais atendido(a) por psiquiatra (888) Não sabe / não lembra</p>
<p>29. Quanto tempo levou para você ser atendido pela primeira vez por um profissional do CAPS que não era médico? (assistente social, enfermeiro, psicólogo ou terapeuta ocupacional)</p>	<p>Quantidade de dias, meses ou anos: _____ <i>(se afirmar que foi atendido no mesmo dia, anotar 0) (vá para questão 30)</i> (777) Nunca fui atendido(a) por um profissional que não fosse médico psiquiatra <i>(vá para questão 31)</i> (888) Não sabe / não lembra <i>(vá para questão 30)</i></p>
<p>30. Quanto tempo demora entre as suas consultas com esses outros profissionais, que não são médicos? <i>(Os atendimentos podem ser individuais, com profissionais de referência, de enfermagem, psicoterapias, grupos, oficinas)</i></p>	<p>Quantidade de dias, meses ou anos: _____ (888) Não sabe / não lembra</p>

<p>31. Antes de iniciar o seu tratamento neste CAPS, o Sr(a) recebeu medicação para seu problema de saúde mental em algum outro serviço?</p>	<p>(1) Não (<i>vá para questão 33</i>) (2) Sim (<i>vá para questão 32</i>) (888) Não sabe / Não respondeu (<i>vá para questão 33</i>)</p>
<p>32. Quando o Sr(a) recebeu medicação para seu problema de saúde mental PELA PRIMEIRA VEZ?</p>	<p>(1) No primeiro atendimento em outro serviço (2) Durante uma situação de crise (3) Em outro momento ao longo do tratamento em outro serviço (888) Não sabe / não lembra</p>
<p>33. Desde que iniciou o seu tratamento neste CAPS, o Sr(a) recebeu medicação para seu problema de saúde mental?</p>	<p>(1) Não (<i>vá para questão 35</i>) (2) Sim (<i>vá para questão 34</i>) (888) Não sabe / Não respondeu (<i>vá para questão 35</i>)</p>
<p>34. Quando o(a) Sr.(a) recebeu a medicação para seu problema de saúde mental PELA PRIMEIRA VEZ neste serviço?</p>	<p>(1) No primeiro atendimento neste serviço (2) Durante uma situação de crise (3) Em outro momento ao longo do tratamento neste serviço (888) Não sabe / não lembra</p>
<p>35. Foi oferecido no CAPS alguma outra forma de tratamento ou atividade, além de medicação?</p>	<p>(1) Não (<i>vá para questão 37</i>) (2) Sim (<i>vá para questão 36</i>) (888) Não sabe / Não respondeu (<i>vá para questão 37</i>)</p>
<p>36. Que outra forma de tratamento ou atividade foi oferecido no CAPS para o(a) Sr.(a), além da medicação? Vou ler algumas opções, pode marcar mais de uma opção.</p>	<p>a) Passar o dia no CAPS b) Consultas com profissionais do CAPS c) Visitas e atendimentos domiciliares d) Participar de grupos no CAPS. Quais? _____ _____</p> <p>e) Grupos na comunidade (em centros de convivência, no posto/unidade básica de saúde ou outro local) f) Passar a noite em um leito do CAPS g) Internação em hospital geral h) Internação em hospital psiquiátrico i) Outra opção de tratamento: _____</p>
<p>37. O (a) Sr.(a) teve a possibilidade de negociar, rejeitar, escolher ou decidir sobre tomar remédio?</p>	<p>(1) Não (<i>vá para questão 39</i>) (2) Sim (<i>vá para questão 38</i>) (888) Não sabe / Não respondeu (<i>vá para questão 39</i>)</p>
<p>38. Com quem o(a) Sr.(a) negociou sobre o remédio? Vou ler algumas opções, pode marcar mais de uma opção.</p>	<p>a) Com o psiquiatra b) Com o profissional de referência c) Com outras pessoas da equipe</p>

<p>39. O(a) Sr.(a) já foi medicado(a) contra sua vontade?</p>	<p>(1) Não (<i>vá para questão 41</i>) (2) Sim (<i>vá para questão 40</i>) (888) Não sabe / Não respondeu (<i>vá para questão 41</i>)</p>
<p>40. Em que situação o(a) Sr.(a) já foi medicado(a) contra sua vontade? Vou ler algumas opções, pode marcar mais de uma opção.</p>	<p>a) Em uma situação de crise ou de emergência dentro do CAPS b) Em uma situação de crise ou de emergência em casa ou na rua c) Como parte do tratamento habitual no CAPS d) Durante uma internação psiquiátrica e) Outra situação. Qual? _____ _____</p>
<p>41. O(a) Sr.(a) já sentiu dificuldade de falar com o médico ou com outras pessoas da equipe sobre diminuir, aumentar, remover ou iniciar alguma medicação para seu problema de saúde mental?</p>	<p>(1) Não (2) Sim</p>
<p>42. O(a) Sr.(a) já alterou sozinho(a) a dose de seu medicamento?</p>	<p>(1) Não (<i>vá para questão 44</i>) (2) Sim (<i>vá para questão 43</i>) (3) Nunca fiz uso de medicação (<i>vá para questão 50</i>) (888) Não sabe / Não respondeu (<i>vá para questão 44</i>)</p>
<p>43. Em que situações o(a) Sr.(a) já alterou a medicação? Vou ler algumas opções, pode marcar mais de uma opção.</p>	<p>a) Achei que já estava bem b) Após uma crise c) Durante uma crise d) Quando achei que ia entrar em crise ou percebi que os sintomas estavam piorando e) Não gostava de usar a medicação f) A quantidade de medicação estava me fazendo mal ou trazendo muitos efeitos colaterais g) Fiquei preocupado de o remédio acabar h) Diminui ou parei porque queria beber bebida alcoólica i) Outra situação: _____ _____</p>
<p>44. Foi explicado para que servem suas medicações e porque você deveria usar estas medicações?</p>	<p>(1) Não (<i>vá para questão 46</i>) (2) Sim (<i>vá para questão 45</i>) (888) Não sabe / Não respondeu (<i>vá para questão 46</i>)</p>

<p>45. Quem explicou para que servem suas medicações e porque o(a) Sr.(a) deveria usar estas medicações? Vou ler algumas opções, pode marcar mais de uma opção.</p>	<p>a) O médico b) O profissional de referência c) Outro profissional da equipe d) A equipe de referência e) Outro usuário do serviço f) Sua família g) Outra pessoa: _____</p>
<p>46. Foi explicado por quanto tempo o(a) Sr.(a) deveria tomar a medicação?</p>	<p>(1) Não (<i>vá para questão 48</i>) (2) Sim (<i>vá para questão 47</i>) (888) Não sabe / Não respondeu (<i>vá para questão 48</i>)</p>
<p>47. Quem explicou por quanto tempo o(a) Sr.(a) deveria tomar a medicação? Vou ler algumas opções, pode marcar mais de uma opção.</p>	<p>a) O médico b) O profissional de referência c) Outro profissional da equipe d) A equipe de referência e) Outro usuário do serviço f) Sua família g) Outra pessoa: _____</p>
<p>48. Nos últimos seis meses, faltou na farmácia alguma medicação que o(a) Sr.(a) utiliza?</p>	<p>(1) Não (2) Sim, uma vez (3) Sim, mais de uma vez</p>
<p>49. Onde você geralmente busca sua medicação? Vou ler algumas opções, pode marcar mais de uma opção.</p>	<p>a) Farmácia do CAPS b) Farmácia do posto de saúde c) Farmácia de hospital psiquiátrico d) Farmácia de medicação de alto custo e) Farmácias de serviços de pronto-atendimento f) Farmácia popular g) Farmácia particular (compra medicação)</p>
<p>50. <u>ANTES</u> do tratamento no CAPS, o(a) Sr.(a) estava com problemas nas atividades de trabalho?</p>	<p>(1) Sim, estava com problemas com atividades de trabalho (<i>vá para questão 51</i>) (2) Não, nunca tive problemas com minhas atividades de trabalho (<i>vá para questão 52</i>) (3) Nunca trabalhei (<i>vá para questão 51</i>) (4) Não estava com problemas com atividades de trabalho, mas não estava trabalhando (<i>vá para questão 51</i>) (888) Não sabe / Não respondeu (<i>vá para questão 52</i>)</p>

<p>51. APÓS O INÍCIO DO ACOMPANHAMENTO no CAPS, o (a) Sr.(a) conseguiu iniciar ou retomar alguma atividade de trabalho?</p>	<p>(1) Sim (2) Não</p>
<p>52. ANTES do tratamento no CAPS, o(a) Sr.(a) estava com problemas nas atividades de lazer? “Lazer” é qualquer atividade realizada para descansar, se divertir ou se distrair.</p>	<p>(1) Sim, estava com problemas com atividades de lazer (<i>vá para questão 53</i>) (2) Nunca tive problemas com atividades de lazer (<i>vá para questão 54</i>) (888) Não sabe / Não respondeu (<i>vá para questão 54</i>)</p>
<p>53. APÓS O INÍCIO DO ACOMPANHAMENTO no CAPS, o(a) Sr.(a) conseguiu iniciar ou retomar alguma atividade de lazer?</p>	<p>(1) Sim (2) Não</p>
<p>54. ANTES do tratamento no CAPS, o(a) Sr.(a) estava com problemas em suas atividades de religiosas?</p>	<p>(1) Sim, estava com problemas em minhas atividades religiosas (<i>vá para questão 55</i>) (2) Nunca tive problemas com minhas atividades religiosas (<i>vá para questão 56</i>) (3) Não tenho religião (<i>vá para questão 56</i>) (888) Não sabe / Não respondeu (<i>vá para questão 56</i>)</p>
<p>55. APÓS O INÍCIO DO ACOMPANHAMENTO no CAPS, o(a) Sr.(a) conseguiu iniciar ou retomar alguma atividade de religiosa?</p>	<p>(1) Sim (2) Não</p>

INFORMAÇÕES SOBRE ATENÇÃO BÁSICA

<p>56. O(a) Sr.(a) já recebeu visita em sua casa de algum profissional do posto de saúde?</p>	<p>(1) Não (2) Sim. Por que motivo(s)? _____</p>
<p>57. O(a) Sr.(a) já foi atendido no posto de saúde?</p>	<p>(1) Não (<i>vá para questão 61</i>) (2) Sim (<i>vá para questão 58</i>) (888) Não sabe / Não respondeu (<i>vá para questão 61</i>)</p>
<p>58. Após o início do acompanhamento no CAPS, o(a) Sr.(a) leva alguma informação de volta para os profissionais do posto de saúde? Vou ler algumas opções, pode marcar mais de uma:</p>	<p>a) Sim, levo um papel escrito b) Sim, levo informações verbais c) Sim, o profissional do CAPS registra no prontuário eletrônico d) Algum profissional do CAPS me acompanha/já me acompanhou ao posto e) Não levo nenhuma informação (888) Não sabe / não lembra</p>

59. O(a) Sr.(a) faz ou já fez algum tratamento de saúde mental no posto de saúde?	(1) Não (2) Sim
60. O médico do posto de saúde já receitou ao Sr.(a) algum remédio para seu problema de saúde mental?	(1) Não (2) Sim
61. O(a) Sr.(a) já foi ao posto para renovar a receita do remédio psiquiátrico que usa no CAPS?	(1) Não (2) Sim

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

62. Que serviço você procura em uma situação de crise ou emergência relacionada a seu problema de saúde mental? Vou ler algumas opções, pode marcar mais de um opção:	a) Nunca procurou atendimento em situação de crise ou emergência b) CAPS c) Pronto Socorro (PS) ou Pronto atendimento (PA) d) Hospital geral e) Hospital psiquiátrico f) Samu g) Posto de saúde / Unidade de saúde / Centro de saúde h) Não procura nenhum serviço/utiliza outros recursos i) Outro: _____
63. O(a) Sr.(a) já foi internado(a) por causa de seu problema de saúde mental ANTES de iniciar seu tratamento no CAPS?	(1) Não (<i>vá para questão 65</i>) (2) Sim (<i>vá para questão 64</i>)
64. Em que locais e quantas vezes?	<p style="text-align: center;">Quantidade de internações: (<i>Se não sabe ou não lembra se foi internado no local, marcar 666 na quantidade. Se não sabe ou não lembra a quantidade, marcar 555 na quantidade</i>)</p> a) Hospital Psiquiátrico: ____ b) Hospital Geral: ____ c) CAPS III ou CAPS 24h: ____ d) Hospital de custódia ou manicômio judiciário: ____ e) Outro serviço (_____): ____ f) Outro serviço (_____): ____

<p>65. Você já foi internado por conta de seu problema de saúde mental DEPOIS que começou seu tratamento no CAPS?</p>	<p>(1) Não (<i>agradeça e encerre o questionário</i>) (2) Sim (<i>vá para questão 66</i>)</p>
<p>66. Em que locais e quantas vezes? (<i>pode marcar mais de uma opção</i>)</p>	<p>Quantidade de internações: (<i>Se não sabe ou não lembra se foi internado no local, marcar 666 na quantidade. Se não sabe ou não lembra a quantidade, marcar 555 na quantidade</i>)</p> <p>a) Hospital Psiquiátrico: ____ b) Hospital Geral: ____ c) CAPS III ou CAPS 24h: ____ d) Hospital de custódia ou manicômio judiciário: ____ e) Outro serviço (____): ____ f) Outro serviço (____): ____</p>
<p>Agradeça e encerre o questionário</p>	

Anexo 2 – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UNICAMP -
CAMPUS CAMPINAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INQUÉRITO MULTICÊNTRICO SOBRE O FUNCIONAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E DO ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM REGIÕES METROPOLITANAS BRASILEIRAS

Pesquisador: Gastão Wagner de Sousa Campos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 43716515.7.1001.5404

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Patrocinador Principal: Conselho Nacional de Desenvolvimento e Tecnologia

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.100.984

Data da Relatoria: 10/06/2015

Apresentação do Projeto:

O presente projeto pretende analisar o funcionamento, a utilização e a qualidade da Atenção Básica à Saúde, bem como o acesso à Atenção Especializada para condições crônicas e de saúde mental, em quatro regiões metropolitanas brasileiras: Fortaleza (CE), Campinas (SP), São Paulo (SP) e Porto Alegre (RS). Trata-se de pesquisa multicêntrica, que integrará pesquisadores e grupos de pesquisa de cinco universidades: USP, UNICAMP, UFRGS, UECE e UNIFOR. A pesquisa utilizará métodos mistos, integrando as abordagens quantitativa e qualitativa. Os dados quantitativos serão produzidos por meio de um inquérito junto a profissionais e usuários de serviços de Atenção Básica, Atenção Especializada e Saúde Mental, nas quatro regiões. Para a produção do material qualitativo, serão realizados grupos focais com profissionais e usuários dos referidos serviços, análise de prontuários e entrevistas em profundidade para o delineamento de itinerários terapêuticos singulares de alguns usuários selecionados. A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como sistema universal, exige investigações acerca do modelo de Atenção Básica atualmente vigente no Brasil e sua articulação com a rede de Atenção Especializada. Este projeto pretende contribuir com proposições para a efetivação de uma atenção universal, integral e territorializada, baseada em princípios, arranjos e dispositivos que favoreçam práticas ampliadas e compartilhadas em saúde (Cogestão, Clínica Ampliada, Apoio Matricial, entre outros).

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UNICAMP -
CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.100.984

Critérios de Inclusão:

Os critérios de inclusão são específicos para cada agravo.

a. Saúde mental:

- 1) Diagnóstico de F20-29 ou F30-39;
- 2) Fazer acompanhamento em CAPS;
- 3) Menos de 12 meses de inserção no CAPS.

b. Câncer de Mama:

- 1) Ter diagnóstico de câncer de mama (C50-59);
- 2) Autoreconhecimento como portadora do diagnóstico de CA Mama;
- 3) Diagnóstico de CA Mama há 2 anos ou menos; 4) fazer acompanhamento em Centros de Alta Complexidade em Oncologia.

c. Hipertensão Arterial Sistêmica:

- 1) Ter diagnóstico de HAS (I10);
- 2) Fazer acompanhamento em serviço de cardiologia

d. Gestação de alto risco:

- 1) Fazer acompanhamento pré-natal em hospital/maternidade

Critérios de Exclusão:

- 1) Para todos os agravos: possuir deficiência cognitiva grave;
- 2) Critério de exclusão para o agravo saúde mental: estar em situação de crise, internação ou outro estado clínico que não permita a participação;
- 3) Critério de exclusão para o agravo câncer de mama: não se reconhecer como portadora de câncer de mama.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário:

Analisar criticamente as variáveis de contexto e de funcionamento relacionadas à qualidade da atenção básica à saúde e ao acesso à atenção especializada para as doenças crônicas e saúde mental em regiões metropolitanas brasileiras.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNICAMP - CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.100.984

Objetivos secundários:

- 1) Realizar estudo exploratório sobre redes de atenção à saúde em regiões metropolitanas, mediante dados secundários disponíveis para desenvolver a amostragem e a definição de variáveis para a coleta de dados primários das distintas portas de entrada (Atenção básica à saúde), focado na forma de funcionamento e da qualidade da assistência à saúde;
- 2) Identificar variáveis de contexto e de implementação da atenção integral e territorializada de cobertura a agravos mais prevalentes e a relação com a resposta à demanda espontânea;
- 3) Avaliar a articulação entre as redes de atenção básica e especializada, incluindo o apoio matricial;
- 4) Analisar demanda, acesso e estratégias de atendimento na atenção especializada.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não apresenta nenhum tipo de intervenção invasiva ou que provoque danos. Na eventualidade de algum constrangimento decorrente das situações de inquérito, entrevista ou grupo focal, será disponibilizado apoio psicológico ou psiquiátrico oportuno aos participantes.

Benefícios:

As pessoas que aceitarem participar da pesquisa não terão benefícios diretos com a participação. Porém, haverá benefícios indiretos aos participantes referente à produção de conhecimentos que possam melhorar a qualidade da atenção e gestão dos serviços de saúde do SUS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa que pretende analisar o funcionamento, a utilização e a qualidade da Atenção Básica à Saúde, bem como o acesso à Atenção Especializada para condições crônicas e de saúde mental, em quatro regiões metropolitanas brasileiras: Fortaleza (CE), Campinas (SP), São Paulo (SP) e Porto Alegre (RS). Será realizada uma pesquisa multicêntrica que integrará pesquisadores e grupos de pesquisa de cinco universidades: Universidade de São Paulo (USP),

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNICAMP - CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.100.984

Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Universidade Estadual do Ceará (UECE) e Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

A pesquisa utilizará métodos mistos, integrando as abordagens quantitativa e qualitativa. Os dados quantitativos serão produzidos por meio de um inquérito junto a profissionais e usuários de serviços de Atenção Básica, Atenção Especializada e Saúde Mental. Para a produção do material qualitativo, serão realizados grupos focais com profissionais e usuários dos referidos serviços, análise de prontuários e entrevistas em profundidade.

Protocolo de pesquisa com baixo potencial de riscos que podem ser suplantados pelos benefícios. Os resultados podem servir para melhorar a qualidade dos serviços de saúde do SUS.

Tamanho da amostra: 2400

Apoio financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento e Tecnologia

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os seguintes documentos foram apresentados:

1. Informações básicas do projeto de pesquisa – Plataforma Brasil;
2. Folha de rosto assinada pelo pesquisador responsável e pelo diretor associado da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP);
3. Projeto de pesquisa completo;
4. Cartas de anuência assinada pela(o):
 - a) Coordenadoria de Gestão de Trabalho e Educação na Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.
 - b) Secretário Municipal de Campinas.
 - c) Coordenadoria da Rede de Atenção Primária em Saúde e Serviços Especializados Ambulatoriais e Substitutivos. Secretaria Municipal de Porto Alegre.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UNICAMP -
CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.100.984

d) Secretário Adjunto da Secretaria Municipal de São Paulo.

5. Declaração de anuência dos pesquisadores em participar da pesquisa:

a) Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge representando a Universidade Estadual do Ceará como instituição participante.

b) Profo. Dr. Oswaldo Yoshimi Tanaka representando a Faculdade de Saúde Pública da Universidade Estadual de São Paulo como instituição participante.

c) Profo. Dr. Alcides Silva de Miranda representando a Universidade Federal do Rio Grande do Sul como instituição participante.

d) Profa. Dra. Raimunda Magalhães da Silva representando a Universidade de Fortaleza – Fundação Edison Queiroz como instituição coparticipante.

6. Dois Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para:

a) Profissionais

b) Usuários

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1. No item “Detalhamento” contido nas “Informações básicas do projeto” está escrito que “será realizada análise de prontuário de usuários dos diferentes serviços de média complexidade (selecionados na fase qualitativa), mediante anuência prévia do participante da pesquisa”: a) No entanto, no TCLE não há nenhuma referência em relação a isso; b) Deixar claro no TCLE, se a pessoa poderá participar da pesquisa caso não autorize os pesquisadores a terem acesso ao seu prontuário médico.

RESPOSTA: Foram incluídas no TCLE as informações necessárias, referentes à análise de prontuário e possibilidade de recusa dessa etapa específica.

ANÁLISE: Pendência atendida.

2. No texto está escrito que "Trata-se de pesquisa multicêntrica, que integrará pesquisadores e grupos de pesquisa de sete Universidades: USP, UNICAMP, UNB, UFRGS, UFC, UECE e UNIFOR". A pesquisa será desenvolvida em quatro regiões metropolitanas e foram apresentadas cartas de

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNICAMP - CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.100.984

anuência e declarações de pesquisadores ligados às universidades e Secretarias Municipais de Saúde concordando com o desenvolvimento da pesquisa: a) Qual será a participação dos pesquisadores e grupos de pesquisa das demais universidades (UNB, UECE e UNIFOR)? b) Se for feita alguma etapa ou fase da pesquisa nessas universidades, apresentá-las como instituições coparticipantes na Plataforma Brasil e as suas respectivas autorizações. Segundo a Resolução 466/12 no item “II.9 - instituição coparticipante de pesquisa - organização, pública ou privada, legitimamente constituída e habilitada, na qual alguma das fases ou etapas da pesquisa se desenvolve”. O pesquisador deverá definir a participação dessas instituições e se se caracterizam como coparticipantes segundo definição acima ou não.

RESPOSTA: Foi retirada a menção às universidades UFC e UNB, que participaram do planejamento inicial do projeto, mas não mais poderão dar continuidade a sua participação na pesquisa. A manutenção dessas universidades no texto decorreu de um lapso na submissão do projeto. As universidades UECE e UNIFOR (ambas de Fortaleza) serão centros participantes da pesquisa, pois irão replicar todas as etapas da pesquisa no município de Fortaleza. A professora Dra. Raimunda Magalhães Silva é a responsável pela participação da UNIFOR. Incluímos a instituição como centro participante, assim como a declaração de responsabilidade assinada pela professora. A professora Dra. Maria Salete Bessa é a responsável pela participação da UECE, por meio do Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da referida instituição. O cadastro da instituição, assim como a declaração de responsabilidade da professora já se encontram inseridas na submissão original do projeto.

ANÁLISE: Pendência atendida

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

- O sujeito de pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNICAMP - CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.100.984

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

- Lembramos que segundo a Resolução 466/2012, item XI.2 letra e, “cabe ao pesquisador apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento”.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UNICAMP -
CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.100.984

CAMPINAS, 10 de Junho de 2015

Assinado por:
Renata Maria dos Santos Celeghini
(Coordenador)

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br