



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

CARLOS ALBERTO DOS SANTOS TREICHEL

AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO DA REDE DE ATENDIMENTO EM SAÚDE
MENTAL DE UM MUNICÍPIO PAULISTA DE MÉDIO PORTE A PARTIR DA
INTEGRAÇÃO ENTRE OS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E A ATENÇÃO BÁSICA

CAMPINAS

2021

CARLOS ALBERTO DOS SANTOS TREICHEL

AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO DA REDE DE ATENDIMENTO EM SAÚDE
MENTAL DE UM MUNICÍPIO PAULISTA DE MÉDIO PORTE A PARTIR DA
INTEGRAÇÃO ENTRE OS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E A ATENÇÃO BÁSICA

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 de Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

ORIENTADOR: ROSANA TERESA ONOCKO CAMPOS

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À VERSÃO FINAL
TESE DEFENDIDA PELO ALUNO CARLOS ALBERTO
DOS SANTOS TEICHEL E ORIENTADA PELA PROF^a
DR^a. ROSANA TERESA ONOCKO CAMPOS

CAMPINAS

2021

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

T717a Treichel, Carlos Alberto dos Santos, 1992-
Avaliação do funcionamento da rede de atendimento em saúde mental de um município paulista de médio porte a partir da integração entre os serviços especializados e a atenção básica / Carlos Alberto dos Santos Treichel. – Campinas, SP : [s.n.], 2021.

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

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Saúde mental. 3. Serviços comunitários de saúde mental. 4. Avaliação em saúde. 5. Ciência de implementação. I. Campos, Rosana Onocko, 1962-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Evaluation of the functioning of the mental health care network in a medium-sized city from the integration between specialized services and primary care

Palavras-chave em inglês:

Primary health care

Mental health

Community mental health services

Health evaluation

Implementation science

Área de concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde

Titulação: Doutor em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Rosana Teresa Onocko Campos [Orientador]

Maria Tavares Cavalcanti

Luciane Prado Kantorski

Cláudio Eduardo Muller Banzato

Margareth Guimarães Lima

Data de defesa: 31-03-2021

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0002-0440-9108>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/9160518123384012>

COMISSÃO EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO/DOCTORADO

CARLOS ALBERTO DOS SANTOS TREICHEL

ORIENTADOR: ROSANA TERESA ONOCKO CAMPOS

MEMBROS:

- 1. PROF. DR. ROSANA TERESA ONOCKO CAMPOS – UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
(ORIENTADORA E PRESIDENTE DA BANCA)**
 - 2. PROF. DR. MARIA TAVARES CAVALCANTI – UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**
 - 3. PROF. DR. LUCIANE PRADO KANTORSKI – UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**
 - 4. PROF. DR. CLÁUDIO EDUARDO MULLER BANZATO – UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**
 - 5. PROF. DR. MARGARETH GUIMARÃES LIMA – UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**
-

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 encontra-se no
SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da FCM.

Data de Defesa: 31/03/2021

DEDICATÓRIA

Para quem vive e canta no mau tempo

AGRADECIMENTOS

A primeira estrofe de uma música que gosto muito fala sobre como as linhas de nossos rostos são capazes de contar as histórias sobre quem somos, onde estivemos e como chegamos até aqui, mas que essas histórias não significam nada, quando você não tem para quem as contar. Quando penso nisso, inúmeras memórias me vem a lembrança. Essas memórias foram colecionadas ao longo de uma jornada incrível, que teve altos e baixos, muito riso e algum choro, muita dúvida, mas também muita coragem, ou, no mínimo, uma ingenuidade bem disfarçada. Entre tantas memórias, algumas linhas de expressão e os primeiros cabelos brancos que começam surgir por aqui – sei que um dia vou ler isso e constatar que *ainda* não havia do que reclamar – o que mais me encanta, é ter chegado nesse ponto da história com tantas pessoas queridas com as quais tenho o prazer de compartilha-la.

Nesse sentido, pego-me invadido por um intenso sentimento de gratidão, inicialmente Àquele que me deu a vida, e confiou à minha inestimada Mãe, meu Pai e meus Irmãos a tarefa de me ensinar as primeiras lições sobre o amor, o cuidado, o carinho, o afeto, a força, a persistência e a resiliência. Mãe, Alceu, Marta e Mateus, amo vocês.

Ao recuperar minha história, não posso deixar de agradecer, de forma generalizada, a todos aqueles que lutaram e lutam por uma educação mais justa e inclusiva nesse país. Sou filho da Escola Pública, do REUNI, e faço parte da primeira remessa de estudantes a entrar em uma Universidade Pública pelo SiSU/ENEM, algo que nem de longe eu pensava ser possível ao ingressar no Ensino Médio.

Ao longo de minha trajetória, contei ainda com o apoio de órgãos como a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS) e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) por meio de bolsas de Iniciação Científica que me permitiram sonhar com uma carreira na Pesquisa e na Docência de Nível Superior. Mais recentemente, destaco a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) que por meio do Programa de Demanda Social (DS) me concedeu as Bolsas que me permitiram dedicação exclusiva ao Mestrado e ao Doutorado.

O Ensino Superior foi o período mais transformador da minha vida, principalmente pelos encontros que o mesmo me proporcionou. Destaco aqui o encontro com as Professoras Vanda Maria da Rosa Jardim e Luciane Prado Kantorski, que além de orientadoras acadêmicas, foram e são orientadoras na vida. Vocês me abriram as portas do mundo, e antes mesmo de mim, acreditaram que eu poderia voar nele. Obrigado por me fazerem acreditar em mim mesmo, e por me ensinar, na prática, que vale a pena investir nas pessoas.

Agradeço ainda às Professoras Michele Mandagará de Oliveira, com quem tive a honra de compartilhar minha primeira experiência docente durante o mestrado e a Valéria Christina Cristello Coimbra, pela grande amizade.

Ao falar em amizade, não poderia deixar de agradecer aos meus amigos Marcos Daniel da Silva e Renata da Fonseca Nunes, com quem há muitos anos tenho o privilégio de dividir os momentos especiais, os sonhos, as angústias, as lições da vida e todo o carinho do mundo.

Agradeço ainda aos amigos com quem de forma mais recente, mas não menos especial, Campinas me presenteou. Sou grato a cada dia mais por ter encontrado essa segunda família composta pela Marília Villalta Camargo Ortiz, Laura de Melo Andare, Rafael de Lima Raiser, Thaina Chamelet da Silva, Talita Favrin de Souza e Érica Martinha Silva de Souza.

A mudança para Campinas foi um dos desafios mais importantes da minha vida. Foi preciso muita coragem para abrir mão do conhecido e me jogar novamente em uma empreitada de adaptação e superação. Por sorte, mais uma vez a vida foi generosa comigo e me presenteou com a grande acolhida do Laboratório Interfaces, que hoje ocupa lugar cativo em meu coração.

Agradeço a Professora Erotildes Maria Leal, que concedeu o aceite para que eu pudesse prestar o processo seletivo do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), e agradeço especialmente a Professora Rosana Teresa Onocko Campos, que veio a se tornar minha orientadora. Me faltam palavras para descrever o carinho, admiração e respeito que tenho por você. Sinto-me extremamente empoderado pela tua confiança e sou grato por cada oportunidade que me destes. Durante minha trajetória, ouvi por

algumas vezes que era no doutorado que ganhávamos a forma do pesquisador que viríamos a ser. Hoje, não tenho dúvidas de que isso é verdade, e fico muito feliz desse processo ter acontecido ao teu lado, tanto pelos temas que decidimos encarar juntos, como pela forma que decidimos fazê-lo.

Campinas foi responsável ainda por me surpreender com um dos maiores e melhores encontros da minha vida, o encontro com o Pablo Andrade Vale, com quem tenho a imensa alegria de a quase quatro anos dividir minhas conquistas, minhas tristezas, meus risos, minhas implicâncias, meus sonhos e todo meu carinho e amor. Admiro muito a pessoa que tu és, por tua personalidade, teu caráter, tua bondade quase demasiada e a vontade que tens de fazer sempre o que é certo. O mundo precisa muito de mais pessoas como você, e eu não tenho nem como expressar o quanto sou feliz e grato por ter te encontrado.

Agradeço ainda a CAPES por ter sido contemplado no Programa Institucional de Internacionalização CAPES PrInt com uma bolsa de estudos que me possibilitou cursar o período sanduíche no King's College London. Nesse sentido, agradeço imensamente a acolhida do Health Service and Population Research Department, do Centre for Implementation Science e especialmente ao Professor Ioannis Bakolis que aceitou me receber e orientar durante esse período fazendo contribuições valiosas para construção desta tese.

Ao falar do período sanduíche não é possível deixar de agradecer aos amigos do Grupo Londres - PDSE PRINT que fizeram o período de estadia no UK muito mais divertido e cheio de vida. Agradeço em especial a Angela Pereira Figueiredo que além de companheira de instituto, estimulou-me a desbravar Brixton e se tornou uma grande amiga, particularmente durante o período de lockdown que vivenciamos em 2019.

Destaco ainda que esse trabalho não teria sido possível sem o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) que por meio do processo nº 2018/10366-6 financiou o projeto do qual essa pesquisa faz parte. Nesse sentido, destaco ainda todo empenho do Comitê Gestor da Pesquisa de Itatiba e dos companheiros Rodrigo Fernando Presotto e Michelle Chanchetti Silva com os quais tive o prazer de compartilhar essa caminhada.

Estendo os agradecimentos ainda a toda rede de Saúde Mental e à Secretaria de Saúde do Município de Itatiba, que prontamente abraçaram ao projeto do qual esse trabalho faz parte e abriram as portas de seus serviços para nos receber. Em especial, agradeço a todos usuários e familiares vinculados a esses serviços.

Por fim, agradeço a todos os membros da banca, por sua disponibilidade e pelas valiosas contribuições que refletem com clareza a seriedade e dedicação direcionadas a avaliação deste trabalho.

A todos vocês, meu muito obrigado.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001

A pesquisa que originou este estudo foi financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), processo nº 2018/10366-6.

RESUMO

Tendo como norteadores as recentes mudanças na condução das políticas de saúde mental no país e as disparidades em saúde vivenciadas por pessoas que convivem com transtornos mentais, este estudo buscou avaliar a atuação da rede de saúde mental comunitária de um município paulista de médio porte a partir da integração entre os serviços especializados e a Atenção Básica. Este estudo se originou de uma pesquisa ampliada, que tomando por base o referencial das pesquisas de implementação, busca fomentar a integração dos serviços de saúde mental através da incorporação de estratégias diversas, formuladas a partir da avaliação do contexto local. Nesse sentido, este estudo, enquanto parte da etapa de pré-implementação da pesquisa ampliada, por meio de um componente documental e de um componente do tipo survey, fornece elementos para o planejamento das intervenções necessárias para qualificação do cuidado articulado em rede no referido município. Entre os aspectos estudados estiveram (1) a caracterização do perfil dos usuários; (2) a identificação das ofertas terapêuticas e dos cuidados clínicos recebidos pelos usuários em cada um dos serviços estudados; (3) a proporção de usuários atendidos em serviços especializados que eram de conhecimento da Atenção Básica; (4) determinantes do atendimento em tempo oportuno nos serviços especializados de saúde mental; (5) e determinantes da manutenção do vínculo com a Atenção Básica após acesso aos serviços especializados de saúde mental. Para caracterização do perfil dos usuários e identificação das ofertas terapêuticas e dos cuidados clínicos recebidos por eles, foi realizado um levantamento, com base na abertura de todos os prontuários vinculados aos serviços especializados e às unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) para rastreamento dos indivíduos com transtornos mentais e subsequente avaliação dos desfechos em questão. Foram abertos mais de 60,000 prontuários, que culminaram na inclusão de 4,582 sujeitos (que haviam recebido cuidados em saúde mental no ano que antecedeu o levantamento) no estudo. Para rastreamento da proporção de usuários atendidos em serviços especializados que eram de conhecimento da Atenção Básica foi realizada uma investigação a partir dos 1,198 usuários de serviços especializados que moravam em áreas de cobertura das unidades de ESF do município. Os registros dos serviços especializados foram cruzados com uma base de dados compreendida por 9,834 usuários da Atenção Básica que tinham registro de alguma demanda em saúde mental nos seus

prontuários, e, portanto, foram identificados por meio de levantamento prévio. Para identificação de determinantes do atendimento em tempo oportuno nos serviços especializados de saúde mental e da manutenção do vínculo com a Atenção Básica após acesso aos serviços especializados, lançou-se mão da aplicação de questionários à 341 usuários dos serviços especializados a fim de coletar dados importantes quanto aos usuários, sua trajetória e forma de utilização da rede. A análise desses dados foi realizada por meio de cálculos de proporção com estimativa dos Intervalos de Confiança (IC) e por meio do uso de modelos de regressão de Poisson com estimadores de variância robustos. A análise ajustada foi realizada pela seleção de fatores de confusão por meio de seleção stepwise forward entre as covariáveis do estudo. O critério de seleção para inclusão foi um valor de $p \leq 0,20$. De forma geral, foram evidenciadas diferenças importantes entre os serviços quanto ao seu funcionamento e diálogo com outros pontos da rede de atenção. As ofertas terapêuticas foram caracterizadas principalmente pela oferta de consultas médicas, havendo, no entanto, destaque para alta proporção de recebimento de consultas individuais com profissionais da equipe multidisciplinar. Por outro lado, houve baixa utilização dos recursos comunitários e das oficinas terapêuticas. Foi observada, ainda, baixa oferta de cuidados clínicos aos usuários dos serviços especializados, em contraponto com aqueles da Atenção Básica. Quanto a integração da rede, pode-se observar uma baixa proporção de casos assistidos nos serviços especializados de saúde mental que eram de conhecimento da Atenção Básica. Soma-se ainda a perspectiva de que usuários encaminhados pela Atenção Básica apresentaram menor probabilidade de acolhimento em tempo oportuno nos serviços especializados, embora fossem aqueles com maior probabilidade de manter seu vínculo com esse ponto de atenção. Assim, de forma geral, os resultados encontrados reforçam a necessidade de fomentar a integração entre os serviços da Atenção Básica e os serviços especializados, tanto para qualificar o acesso aos serviços como para promover a continuidade do cuidado.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde Mental; Serviços Comunitários de Saúde Mental; Avaliação em Saúde; Ciência da Implementação.

ABSTRACT

Considering the recent changes in the mental health policies in the country and the health disparities experienced by people living with mental disorders, this study sought to evaluate the performance of the community mental health network in a medium-sized city in São Paulo with focus on the integration between specialized services and primary care. This study originates from a pre-existing research, which based on the framework of implementation research, seeks to foster the integration of mental health services through the incorporation of different strategies, formulated from the assessment of the local context. In this sense, this study, as part of the pre-implementation stage of the pre-existing research, through a document-based and a cross-sectional study, provides elements for planning the interventions necessary to qualify networked care in that municipality. Among the aspects studied were (1) the characterization of the users' profile; (2) the identification of therapeutic offers and clinical care received by users in each of the services studied; (3) the proportion of users seen in specialized services known by Primary Care; (4) the determinants of timely care in specialized mental health services; (5) and the determinants of maintaining the link with Primary Care after access to specialized mental health services. To characterize the profile of users and identify the therapeutic offers and clinical care received by users, a screening was carried out, based on the opening of all medical records linked to specialized services and Family Health Strategy (FHS) units, in order to track individuals with mental disorders and perform a subsequent assessment of the outcomes. More than 60,000 medical records were opened, culminating in the inclusion of 4,582 subjects (who had received mental health care in the year preceding the data survey) in the study. To track the proportion of users seen in specialized services known by Primary Care Primary Care, an investigation was carried out based on the 1,198 users of specialized services who lived in coverage areas of the FHS units in the city. The records of the specialized services were crossed with a database comprised of 9,834 users of Primary Care who had a record of some mental health demand in their medical records, and, therefore, were identified in a previous data survey. In order to identify the determinants of timely care in specialized mental health services and the maintenance of the link with Primary Care after access to specialized services, questionnaires were applied to 341 users of specialized services in order to collect important data about the users, their pathway to care and

usage of the mental health care network. The analysis of these data was performed through proportion calculations with confidence interval estimates (CI) and by using Poisson regression models with robust variance estimators. The adjusted analysis was performed by selecting confounding factors using stepwise forward selection among the study covariates. The selection criterion for inclusion was a value of $p \leq 0.20$. In general, important differences were evidenced between the services regarding their functioning and dialogue with other points in the care network. Therapeutic offerings were mainly characterized by the offer of medical consultations and individual consultations with multidisciplinary professionals. On the other hand, there was a low use of community resources and therapeutic workshops. There was also a low supply of clinical care to users of specialized services, in contrast to those from Primary Care. As for the integration of the network, it was possible to observe a low proportion of cases assisted in specialized mental health services that were known by Primary Care. In addition, there was the perspective that users referred by Primary Care were less likely to be received in a timely manner by specialized services, although they were more likely to maintain their link with this point of care. Thus, in general, the results found reinforce the need to foster the integration between primary care services and specialized services, both to qualify access to services and to promote continuity of care.

Keywords: Primary Health Care; Mental health; Community Mental Health Services; Health Evaluation; Implementation Science.

SUMÁRIO

	Página
Introdução.....	15
Objetivos.....	20
Metodologia.....	21
Estudo documental.....	21
Estudo tipo survey.....	24
Resultados.....	26
Artigo 1.....	27
Artigo 2.....	47
Artigo 3.....	63
Material suplementar do artigo 3.....	81
Discussão.....	83
Conclusão.....	88
Referências.....	91
Anexo I.....	93
Anexo II.....	96
Anexo III.....	110
Anexo IV.....	123

INTRODUÇÃO

A assistência inadequada aos usuários com problemas de saúde mental é responsável por uma importante diferença de mortalidade nessa população, definida pela Organização Mundial da Saúde como um dos desafios do milênio (OMS, 2010). Estima-se que pessoas convivendo com transtornos mentais apresentam taxas de mortalidade duas a três vezes maiores que a população geral e uma expectativa de vida reduzida entre 10 e 30 anos (COOK, et al., 2015).

Entre os fatores que contribuem para essa perspectiva, destacam-se a baixa integração das redes de saúde e a falta de profissionais preparados para providenciar cuidados adequados em saúde mental na Atenção Básica (THORNICROFT & TANSELLA, 2003; PAULON & NEVES, 2013). Como desdobramentos desse cenário, têm-se uma baixa capacidade de identificação e manejo dos casos nos níveis primários de atenção, sobrecarga dos serviços especializados, e conseqüentemente, dificuldade de acesso aos serviços de saúde mental em tempo oportuno (ONOCKO-CAMPOS et al., 2011; ONOCKO-CAMPOS et al., 2012; HIRDES, 2015; ATHIÉ et al., 2016).

Em diversos países, uma das estratégias utilizadas a fim de superar esse desafio é a implementação de dispositivos de integração de rede que visem fomentar a participação conjunta entre profissionais de Atenção Básica e especialistas. Destacam-se iniciativas realizadas em países como Austrália e Canadá, tais como cuidado compartilhado (*shared care*) e cuidado colaborativo (*collaborative care*) (BOWER, et al., 2006; SMITH; ALLWRIGHT; O'DOWD, 2007).

O cuidado compartilhado/cuidado colaborativo é definido pela participação conjunta de profissionais de Atenção Básica e especialistas no manejo dos usuários, mediados por arranjos organizacionais e, via de regra, também abrange alguns dos seguintes componentes: i) introdução do papel de coordenação dos casos pela Atenção Básica, com intervenções sistemáticas e estruturadas desses profissionais; ii) introdução de mecanismos para vinculação entre os profissionais; iii) desenvolvimento de estratégias para coletar e compartilhar informação sobre o progresso dos usuários (BOWER, et al., 2006; SMITH; ALLWRIGHT; O'DOWD, 2007).

No Brasil, como forma de ampliar as possibilidades de proporcionar um cuidado integral e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões, no âmbito nacional, desde 2008, têm-se incorporado nas redes de saúde a proposta de Apoio Matricial.

Tal como proposto por Campos (1999), o Apoio Matricial consiste em um novo modelo de intervenção pedagógico-terapêutica que visa produzir e estimular padrões de relação que perpassem todos trabalhadores e usuários, favorecendo a troca de informações e a ampliação da corresponsabilização pelo usuário. Destaca-se ainda a atuação das equipes de Apoio Matricial como uma retaguarda especializada de assistência, evitando, dessa forma, os encaminhamentos desnecessários a outros níveis de atendimento e aumentando a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe de referência (CAMPOS, 1999).

Ressalta-se que essa estratégia de cogestão para a organização do trabalho interprofissional foi formulada no início da década de 1990 e passou a ser implementada por iniciativa dos profissionais da rede SUS Campinas (SP) na área da Saúde Mental. Esse aspecto, talvez seja um dos grandes contribuidores para consolidação de certa tradição do Apoio Matricial nessa área, embora com o decorrer dos anos, tenha havido uma expansão para outras áreas de saber especializado como a Reabilitação Física, a Traumatologia, a Dermatologia, entre outras (CASTRO; OLIVEIRA; CAMPOS, 2016).

Como principal marco do processo de incorporação do Apoio Matricial nas redes de saúde, destaca-se a proposta ministerial de criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) por meio da Portaria Nº 154, de 24 de Janeiro de 2008. A esses serviços, conferiu-se o papel de retaguarda clínico-assistencial e apoio técnico-pedagógico, institucionalizando assim o Apoio Matricial como ferramenta de trabalho na Saúde da Família.

Passados 10 anos da implementação dos NASF, cabe ressaltar que o número de serviços desse tipo aumentou exponencialmente. Enquanto existiam 3 NASF no ano de 2008, em abril de 2016 esse número já chegava a 4341 (BRASIL, 2018), de forma que hoje, no país, o NASF representa a melhor aposta como um dispositivo de integração de rede, capaz de fomentar a participação conjunta entre profissionais de Atenção Básica e especialistas de Saúde Mental.

Nesse sentido, a fim de qualificar sua rede de atenção em saúde mental, como preconizado pelas diretrizes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016), o município de Itatiba-SP tem realizado esforços para implementar como dispositivo de integração em sua rede de serviços, duas equipes NASF.

Itatiba é um município pertencente à região metropolitana de Campinas-SP, fica situado a 85 km da capital do estado e, segundo a estimativa do último censo para o ano de 2017, possui 116,503 mil habitantes (BRASIL, 2010). Sua rede de saúde conta com 06 Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais e 13 Unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF), às quais estão vinculadas 19 equipes de ESF.

Quanto aos serviços de saúde mental, fazem parte da rede um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do tipo II, no qual trabalham 13 profissionais e são atendidos 426 usuários; um CAPS da modalidade AD (para atendimento de casos relacionados ao uso abusivo de substâncias psicoativas), no qual trabalham 13 profissionais e estão cadastrados 2143 usuários; e um ambulatório, no qual foram realizados 4299 atendimentos em saúde mental no último ano. Para o atendimento em saúde mental à população infanto-juvenil, o município conta ainda com um Centro de Atenção à Criança, no qual foram realizados 157 atendimentos em saúde mental no último ano. Para implementação do NASF, o município realizou um processo seletivo pelo qual foram contratados 14 profissionais sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho com carga horária de 30h semanais.

Apesar dos esforços do município para adoção do NASF em sua rede, é preciso considerar que a implementação de novos arranjos e serviços de saúde ainda constitui um grande desafio para gestores, trabalhadores e pesquisadores, uma vez que a inclusão desses arranjos ou serviços não é autossuficiente para determinar mudanças efetivas na organização do cuidado em saúde.

Nesse sentido, a Secretaria Municipal de Saúde de Itatiba-SP e o Laboratório Saúde Coletiva e Saúde Mental – Interfaces firmaram uma parceria desde 2017 a fim de propor um projeto de qualificação da rede de saúde mental, a partir de uma pesquisa de implementação de dispositivos de integração de rede no município.

Cabe destacar que parece haver ainda algumas limitações no que tange a consolidação e efetividade do NASF enquanto mediador do atendimento em Saúde

Mental na Atenção Básica, havendo necessidade de avaliar quais são os impasses e desafios que têm dificultado esse processo. Nesse sentido, o referencial teórico das pesquisas de implementação parece ser adequado para o enfrentamento deste problema, uma vez que favorece o entendimento da intervenção enquanto prática e possibilita o uso de abordagens para melhorá-las (PETERS et al., 2014).

Ressalta-se que o importante crescimento das pesquisas de implementação se configura como um dos principais avanços no estudo das políticas públicas (PETERS et al., 2014). Sendo etapa final de uma série de eventos referentes à ciência translacional, este tipo de pesquisa corresponde ao estudo científico dos diversos processos que balizam a tradução das políticas públicas em ações ou mudanças efetivas na prática de indivíduos ou organizações (PROCTOR et al., 2009).

O escopo desse tipo de pesquisa considera diversos aspectos sobre a implementação, incluindo os fatores que a afetam, seus resultados, em níveis individuais e coletivos, e o estabelecimento de estratégias para a promoção da sustentabilidade da proposta e de seu uso em larga escala. Desta forma, sintetiza-se que a intenção desse tipo de pesquisa é entender como as intervenções funcionam em cenários do ‘mundo real’ (PETERS et al., 2014; POWELL; PROCTOR; GLASS, 2014).

Sendo assim, o contexto no qual as intervenções ocorrem assume um papel central nas pesquisas de implementação. Uma vez que seu foco é trazer à luz elementos contextuais que levam a intervenção ao sucesso ou à falha, ao invés de tentar controlar essas condições ou remover sua influência, as pesquisas de implementação procuram entender e trabalhar com elas (PETERS et al., 2014).

Nesse sentido, a fim de informar melhor o processo de implementação, bem como torná-lo possível a partir de uma determinada realidade, este estudo busca realizar um diagnóstico avaliativo acerca do funcionamento da rede de atendimento comunitário em saúde mental do município de Itatiba-SP. Dessa forma, o estudo se caracteriza como parte integrante da etapa de pré-implementação do projeto “PESQUISA DE IMPLEMENTAÇÃO: DISPOSITIVOS DE INTEGRAÇÃO DA REDE DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE ITATIBA-SP”.

Neste estudo, a fim de responder os preceitos da fase de pré-implantação, leva-se em conta a perspectiva de Thornicroft e Tansella (2008) de que a atenção em 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 componentes. Logo, a análise do sistema de saúde mental requer um modelo integrado que engloba a totalidade de componentes do sistema, descrita como *whole system approach* (abordagem do sistema completo).

Dessa forma, tendo em vista que o cuidado comunitário em saúde mental é compartilhado entre o nível primário de atenção e os serviços ambulatoriais especializados, este estudo toma como base os dados produzidos a partir de das Unidades Básicas de Saúde do município de Itatiba-SP, bem como de seus Centros de Atenção Psicossocial II e AD, e do Ambulatório Central de Especialidades e busca fazer uma combinação entre os dados oriundos desses serviços a fim de responder suas questões de pesquisa.

OBJETIVOS

Objetivo geral

- Realizar um diagnóstico avaliativo acerca do funcionamento da rede de atendimento comunitário em saúde mental do município de Itatiba-SP.

Objetivos específicos

- Caracterizar os usuários dos serviços especializados de saúde mental em nível ambulatorial e os usuários que receberam cuidados de saúde mental na Atenção Básica do município de Itatiba-SP.
- Identificar as ofertas terapêuticas e os cuidados clínicos recebidos por usuários dos serviços especializados de saúde mental em nível ambulatorial e pelos usuários que receberam cuidados de saúde mental na Atenção Básica do município de Itatiba-SP.
- Identificar a prevalência de casos assistidos por serviços especializados de saúde mental em nível ambulatorial que são de conhecimento da Atenção Básica no Município de Itatiba-SP.
- Identificar determinantes de atendimento em tempo oportuno nos serviços especializados de saúde mental em nível ambulatorial no Município de Itatiba-SP.
- Identificar determinantes da manutenção do vínculo com a Atenção Básica entre os usuários de serviços especializados de saúde mental em nível ambulatorial no Município de Itatiba-SP.

METODOLOGIA

Este estudo se caracteriza como parte integrante da etapa de pré-implantação do projeto “PESQUISA DE IMPLEMENTAÇÃO: DISPOSITIVOS DE INTEGRAÇÃO DA REDE DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE ITATIBA-SP”.

O objetivo da pesquisa supracitada é implementar e avaliar o impacto da implementação de dispositivos de integração de rede na qualificação do cuidado em saúde mental no município de Itatiba-SP. Para tanto, a mesma adota um delineamento longitudinal e prevê a combinação de diversas técnicas de pesquisa, quantitativas e qualitativas, a ser conduzida em 3 etapas: pré-implantação, implementação e avaliação final.

A etapa de pré-implantação, à qual este estudo da forma, tem como um de seus objetivos realizar o diagnóstico situacional da rede de serviços e assim estabelecer um marco zero do processo de implementação. Para isso, são utilizadas duas abordagens: uma pesquisa de base documental com levantamento de dados nos prontuários de usuários dos serviços estudados e a realização de uma pesquisa do tipo survey com aplicação de questionários. Os dados oriundos de ambos os levantamentos foram utilizados para este estudo.

Pesquisa documental

Cabe ressaltar que, inicialmente, o componente documental previa a participação dos Agentes Comunitários de Saúde bem como dos demais membros da Equipe de Saúde da Família e do Núcleo de Apoio a Saúde da Família para identificação dos usuários com demandas de saúde mental vinculados à Atenção Básica. Contudo, durante a etapa de reconhecimento de campo, ao serem questionados quanto aos usuários com demandas em saúde mental, os profissionais das unidades de Atenção Básica visitadas relataram a existência de poucos casos, tendo realizado indicações que variavam de 5 a 30 usuários por unidade.

Dessa forma, foi possível traçar um primeiro diagnóstico qualitativo de que os profissionais tinham dificuldade em reconhecer os usuários de suas unidades com demandas em saúde mental, sendo necessário outro tipo de abordagem para rastreamento dos mesmos.

Inicialmente, tentou-se ainda recorrer aos sistemas de informação municipal para, a partir dos registros relacionados à sessão F da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados (CID), identificar os usuários elegíveis para o estudo. Contudo, foi constatada a ausência de registros com esse nível de detalhamento, não sendo possível utilizar as bases oficiais de dados para os fins do estudo.

Por fim, optou-se por realizar a identificação manual dos casos a partir da abertura dos prontuários de cada unidade, resultando assim no desenho descrito a seguir.

Tipo de estudo e delineamento

Trata-se de um estudo transversal, de base documental, conduzido entre os meses de maio e julho de 2019, a partir do estudo dos prontuários de usuários das Unidades Básicas de Saúde e dos serviços especializados de saúde mental em nível ambulatorial do município de Itatiba-SP, a saber: Centro de Atenção Psicossocial II; Centro de Atenção Psicossocial AD; e Ambulatório Central de Especialidades.

População de estudo

O município de Itatiba-SP possui 19 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) nas quais estavam cadastrados 60.411 usuários. No que se refere aos serviços especializados de saúde mental em nível ambulatorial, durante a pesquisa, estavam cadastrados junto ao Centro de Atenção Psicossocial II 426 usuários; junto ao Centro de Atenção Psicossocial AD 2143 usuários; e havia registro de 4299 atendimentos de saúde mental, no ano que antecedeu a pesquisa, junto ao Ambulatório Central de Especialidades.

Para inclusão dos usuários das Unidades Básicas de Saúde no estudo, foram considerados como critérios de elegibilidade o registro de pelo menos um atendimento devido a queixas de saúde mental com menção à sessão F da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados (CID) ou o registro de queixas psicossomáticas associadas ao uso de algum medicamento pertencente ao grupo N do sistema Anatomical Therapeutic Chemical Code (ATC) da OMS.

Quanto aos Centros de Atenção Psicossocial II e AD, o critério de elegibilidade adotado foi o registro de pelo menos um atendimento no período de maio de 2018 a maio de 2019. Semelhantemente, no Ambulatório Central de Especialidades foi adotado o mesmo critério, porém, levando em conta apenas os atendimentos de saúde mental, que no serviço em questão, é performedo somente por médicos psiquiatras e psicólogos.

Dessa forma, foram incluídos no estudo dados acerca de 413 usuários do Centro de Atenção Psicossocial II, 403 usuários do Centro de Atenção Psicossocial AD, 1142 usuários do Ambulatório Central de Especialidades e 3022 usuários que estavam recebendo consultas de saúde mental nos serviços de ESF.

Procedimentos de coleta

As coletas foram realizadas nos serviços estudados entre os meses de maio e julho de 2019 por 16 coletadores selecionados e treinados previamente. Eram estudantes de nível universitário ou graduados nos cursos de psicologia e medicina e foram supervisionados por 2 profissionais graduados, sendo um em enfermagem e um em assistência social.

Após acesso aos prontuários, quando atendidos os critérios de inclusão, baseados nos dados disponíveis, os coletadores preencheram um formulário elaborado para os fins da pesquisa composto por questões objetivas e discursivas (ANEXO 1).

Controle de qualidade e manejo dos dados

O controle de qualidade dos dados foi realizado pelos supervisores no recebimento dos formulários e na revisão realizada pelos codificadores. Inconsistências nos dados foram avaliadas e corrigidas quando necessário.

Os codificadores foram 4 pós-graduandos em saúde coletiva, que após compilar as informações contidas nos formulários, criaram um dicionário em comum de cada variável estudada para que se pudesse ser atribuir um código numérico à cada informação. Após atribuição do código numérico, todas as informações foram digitadas em um banco de dados criado por meio do software Microsoft Excel,

posteriormente convertido para o pacote estatístico Stata 15 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos).

Pesquisa do tipo survey

Tipo de estudo e delineamento

Trata-se de um estudo transversal, observacional, conduzido entre os meses de agosto e novembro de 2019 com aplicação de questionários (ANEXO 2) à usuários dos serviços especializados de saúde mental em nível ambulatorial do município de Itatiba-SP, a saber: Centro de Atenção Psicossocial II; Centro de Atenção Psicossocial AD; e Ambulatório Central de Especialidades.

População e amostragem

Levando em conta os dados levantados por meio de uma pesquisa documental realizada anteriormente, durante o período da pesquisa, 1.958 usuários estavam sendo atendidos nos serviços estudados.

Como as frequências estimadas para os desfechos de interesse do estudo eram desconhecidas, para maximizar o cálculo amostral, a frequência estimada foi definida como 50%. Considerando um alfa de 5% e uma população disponível de 1.958 indivíduos, foi obtido um indicativo de $n= 322$ participantes. A fim de compensar uma possível taxa de atrito, 20% de indivíduos foram adicionados, resultando na intenção de aplicar o questionário a 386 usuários.

A seleção dos entrevistados se deu por amostragem aleatória simples. A partir da lista de usuários dos serviços, por meio de um sorteio, foram selecionados 386 prontuários de usuários que atendiam aos critérios de inclusão, a saber: ter mais de 18 anos e frequentar o serviço há pelo menos um mês. Utilizou-se como critério de exclusão ter recebido um diagnóstico relacionado aos códigos F70-F79 (retardo mental) da Classificação Internacional de Doenças.

Procedimentos de Coleta

As coletas foram realizadas nos serviços estudados entre os meses de agosto e novembro de 2019 por 8 coletadores selecionados e treinados previamente.

Os mesmos eram estudantes de nível universitário ou graduados nos cursos de psicologia, medicina ou serviço social e foram supervisionados por 2 profissionais graduados, sendo um em enfermagem e um em psicologia.

Após identificados, quando atendidos os critérios de inclusão, os usuários foram contatados por telefone e convidados a participar do estudo. Como não havia financiamento para pagar o transporte dos usuários ou reembolsá-los por suas despesas, as aplicações de questionário foram agendadas nos dias em que eles espontaneamente iam ao serviço para realizar consultas ou participar de alguma atividade.

Controle de qualidade e manejo dos dados

A aplicação dos questionários se deu com auxílio de tablets com acesso ao aplicativo KoBoCollect, onde os dados eram primariamente armazenados. O controle de qualidade dos dados foi realizado pelos supervisores por meio da verificação e validação dos questionários aplicados. Inconsistências nos dados foram avaliadas e corrigidas quando necessário.

Após validação, os dados foram exportados no formato Microsoft Excel e posteriormente convertidos para o formato “.dta”, compatível com o pacote estatístico Stata 15 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos).

Aspectos éticos

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas sob parecer nº 3.793.771 (ANEXO 3). Todos os procedimentos para obtenção dos dados foram realizados segundo as normas e diretrizes brasileiras de pesquisa em seres humanos - Resolução CNS 466/2012.

Os princípios éticos foram garantidos pela garantia do direito de não participação na pesquisa desde o primeiro contato telefônico, anonimato e adoção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 4). O termo foi lido em voz alta pelo aplicador do questionário na presença do participante que, após esclarecer suas dúvidas, assinou o documento em duas vias e rubricou todas as páginas.

RESULTADOS

Os resultados desta tese são apresentados no formato de artigos científicos. Por meio de três artigos, foi possível trabalhar os objetivos do estudo conforme disposto a seguir:

Artigo 1: Avaliação da atuação da rede comunitária de saúde mental em um município paulista de médio porte.

- Caracterizar os usuários dos serviços especializados de saúde mental em nível ambulatorial e os usuários que receberam cuidados de saúde mental na Atenção Básica do município de Itatiba-SP.
- Identificar as ofertas terapêuticas e os cuidados clínicos recebidos por usuários dos serviços especializados de saúde mental em nível ambulatorial e pelos usuários que receberam cuidados de saúde mental na Atenção Básica do município de Itatiba-SP.

Artigo 2: Prevalence and factors associated with knowledge by primary care about patients with mental health needs treated at specialized outpatient services.

- Identificar a prevalência de casos assistidos por serviços especializados de saúde mental em nível ambulatorial que são de conhecimento da Atenção Básica no Município de Itatiba-SP.

Artigo 3: Determinants of timely access to Specialized Mental Health Services and maintenance of a link with Primary Care: A cross-sectional study.

- Identificar os determinantes do atendimento em tempo oportuno nos serviços especializados de saúde mental em nível ambulatorial no Município de Itatiba-SP.
- Identificar os determinantes da manutenção do vínculo com a Atenção Básica entre os usuários de serviços especializados de saúde mental em nível ambulatorial no Município de Itatiba-SP.

ARTIGO 1

CATEGORIA DO MANUSCRITO:

Artigo Original

TÍTULO:

Avaliação da atuação da rede comunitária de saúde mental em um município paulista de médio porte.

TÍTULO CURTO:

Atuação da saúde mental comunitária

PALAVRAS-CHAVE:

Saúde Mental; Serviços Comunitários de Saúde Mental; Atenção Primária à Saúde; Pesquisa sobre Serviços de Saúde; Avaliação em Saúde.

CONTAGEM DE PALAVRAS:

xxxx words

AUTORES:

Carlos Alberto dos Santos Treichel. Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-0440-9108>

Rosana Teresa Onocko Campos, Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-0469-5447>

AUTOR CORRESPONDENTE:

Carlos Alberto dos Santos Treichel. Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Rua Tessália Vieira de Camargo, 126. Cidade Universitária Zeferino Vaz. CEP 13083-887 - Campinas, SP, Brasil. E-mail: carlos-treichel@hotmail.com Telefone: +551935218933.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES:

CAST trabalhou na concepção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do manuscrito. RTOC trabalhou na concepção e desenho do estudo, interpretação dos dados e revisão crítica do manuscrito.

AGRADECIMENTOS:

Este estudo foi parcialmente financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código Financeiro 001. A pesquisa que originou este estudo foi financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), processo nº 2018 / 10366-6.

CONFLITO DE INTERESSES:

Os autores declaram que não há conflito de interesses que possa ser percebido como prejudicial à imparcialidade da pesquisa relatada.

FINANCIAMENTO:

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) - Código Financeiro 001; Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), processo nº 2018 / 10366-6.

PROCEDIMENTOS ÉTICOS:

O estudo foi aprovado por um Comitê de Ética credenciado, seguindo as normas e diretrizes brasileiras para pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução CNS 466/2012). Da mesma forma, a condução da pesquisa se deu de acordo com as disposições da Declaração de Helsinque.

AVALIAÇÃO DA ATUAÇÃO DA REDE COMUNITÁRIA DE SAÚDE MENTAL EM UM MUNICÍPIO PAULISTA DE MÉDIO PORTE.

RESUMO: Tendo como norteadores as recentes mudanças na condução das políticas de saúde mental no país e as disparidades em saúde vivenciadas por pessoas que convivem com transtornos mentais, este estudo buscou avaliar a atuação de uma rede de saúde mental comunitária a partir de três componentes principais: 1) a caracterização do perfil dos usuários; 2) a identificação das ofertas terapêuticas; e 3) a identificação dos cuidados clínicos recebidos pelos usuários em cada um dos serviços estudados, a saber: Centro de Atenção Psicossocial-II; Centro de Atenção Psicossocial-AD; ambulatório; e Atenção Básica. Trata-se de um estudo transversal baseado em documentos, realizado através da análise de 4582 prontuários. Foram evidenciadas diferenças importantes entre os serviços quanto ao seu funcionamento e diálogo com outros pontos da rede de atenção. As ofertas terapêuticas foram caracterizadas principalmente pela oferta de consultas médicas, contudo, houve destaque ainda para consultas individuais recebidas pelos usuários com profissionais da equipe multidisciplinar. Por outro lado, houve baixa utilização dos recursos comunitários e das oficinas terapêuticas. Foi observada ainda baixa oferta de cuidados clínicos aos usuários dos serviços especializados, em contraponto com a Atenção Básica, que, por sua vez, se configurou enquanto um serviço potente e necessário para o cuidado das pessoas com transtornos mentais.

Palavras-chave: Saúde Mental; Serviços Comunitários de Saúde Mental; Atenção Primária à Saúde; Pesquisa sobre Serviços de Saúde; Avaliação em Saúde.

INTRODUÇÃO

Estima-se que aproximadamente 6,9 milhões de brasileiros apresentem transtornos mentais graves e persistentes, demandando assim cuidados intensivos e contínuos em saúde mental (IHME-GBD, 2017). Além disso, outros 30,2 milhões convivem com transtornos leves ou moderados que requerem tratamento ocasional em serviços especializados (OMS, 2017). Nesse contexto, os serviços comunitários têm sido importantes protagonistas do cuidado. Atualmente, além dos serviços de Atenção Básica, o Brasil conta com mais de 2.300 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (Brasil, 2016).

Os CAPS, são regulamentados pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 e foram instituídos enquanto serviços estratégicos e prioritários do modelo de atenção implantado no país por meio da reforma psiquiátrica vivenciada a partir da década de 80. Tendo um papel de coordenação na rede de saúde mental, esses serviços seriam responsáveis pela admissão de pessoas com transtornos mentais, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial (Brasil, 2016). Contudo, a partir das disputas políticas que permeiam o país nos anos recentes, houve uma série de retrocessos na condução das políticas de saúde mental no Brasil (Onocko-Campos, 2019).

A partir da Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, entre as principais alterações na organização dos serviços, destaca-se a ratificação dos ambulatórios especializados e das Comunidades Terapêuticas (CTs) como parte integrante da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Se, por um lado, essas incorporações aparentam revidar a lacuna de cuidados em saúde mental vivenciada no país, por outro lado, apontam para o flerte incoerente com o modelo biomédico, representado pela hierarquização e desarticulação dos ambulatórios (Onocko-Campos, 2019), e o modelo de tratamento moral instigado pelas comunidades terapêuticas, que além de promover o afastamento do indivíduo da sociedade, são em grande parte pautadas na religião e não possuem equipes técnicas (Guimarães; Rosa, 2019).

Trata-se, portanto, de um movimento em oposição aos objetivos fundamentais do Plano Global de Saúde Mental da OMS (OMS, 2013) e do relatório da Comissão Lancet sobre saúde mental global e desenvolvimento sustentável (Patel et al., 2018). Em um momento no qual existe um esforço global a fim de fortalecer a Atenção Básica e a integração dos serviços especializados para o atendimento em saúde mental, essas mudanças trazem uma complexidade extra ao estudo da RAPS no país.

Atualmente, estima-se que pessoas convivendo com transtornos mentais tenham uma expectativa de vida reduzida entre 12 e 20 anos quando comparadas com a população geral (Storm et al., 2020). Os fatores que explicam essa realidade incluem os efeitos adversos da medicação bem como os comportamentos não saudáveis no estilo de vida, que aumentam a probabilidade de desenvolver obesidade e hipercolesterolemia, que, por sua vez, aumentam o risco de doenças crônicas como

hipertensão, diabetes mellitus ou mesmo síndrome metabólica (Reilly et al., 2015). Dessa forma, a fim de reduzir as disparidades em saúde vivenciadas por essa população, é necessário cada vez mais que os serviços providenciem atividades oportunas e apropriadas de prevenção, promoção e monitoramento da saúde.

Destaca-se que a tradição de avaliação dos serviços em saúde mental no país tem se restringido a avaliação isolada de cada uma das modalidades de serviços que compõe a rede, sendo os estudos focados unicamente nos CAPS aqueles que predominam na literatura. Dessa forma, este estudo pretende avançar para um modelo de avaliação que considere diferentes dispositivos da rede e a relação estabelecida entre eles.

O objetivo deste estudo foi avaliar a atuação de uma rede de saúde mental comunitária em um município paulista de médio porte através da: 1) caracterização do perfil dos usuários; 2) identificação das ofertas terapêuticas; e 3) identificação dos cuidados clínicos recebidos pelos usuários em cada um dos serviços estudados, a saber: Centro de Atenção Psicossocial-II; Centro de Atenção Psicossocial-AD; ambulatório; e 13 serviços de Atenção Básica que operam no modelo de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

MÉTODOS

Design de estudo

Trata-se de um estudo transversal baseado em documentos, realizado através da análise de prontuários de usuários dos serviços ambulatoriais especializados em saúde mental e serviços de Atenção Básica que operam no modelo de (Estratégia de Saúde da Família) ESF no município de Itatiba-SP.

População e seleção de participantes

A partir de um levantamento conduzido previamente, foi possível identificar que, durante o período da pesquisa, 413 usuários estavam frequentando o CAPS-II, 403 usuários estavam frequentando o CAPS-AD, 1142 pacientes estavam recebendo consultas de saúde mental no Ambulatório Central de Especialidades e 3022 usuários estavam recebendo consultas de saúde mental nos serviços de ESF.

O critério de inclusão neste estudo foi ter pelo menos um registro de atendimento em saúde mental entre os meses de maio de 2018 e maio de 2019. Não ser maior de idade foi considerado um critério de exclusão. Desta forma, foram incluídos no estudo 4582 usuários da rede de serviços de saúde mental do município em nível ambulatorial e comunitário.

Procedimentos para coleta de dados

Os procedimentos para coleta de dados foram realizados nos serviços estudados entre maio e julho de 2019 por 16 coletadores previamente treinados. Esses coletadores foram selecionados entre estudantes profissionais dos cursos de psicologia e medicina e foram supervisionados por uma enfermeira e uma assistente social. Quando atendidos os critérios de inclusão, os coletadores preencheram com base nas informações disponíveis nos prontuários um formulário elaborado especificamente para os fins desta pesquisa.

Variáveis de estudo

A fim de responder os objetivos do estudo, com base nas informações dos prontuários, foram selecionadas para estudo as seguintes variáveis: sexo (feminino; masculino); idade (18 a 30 anos; 31 a 45 anos; 46 a 60 anos; 61 anos ou mais); escolaridade (0 a 4 anos; 5 a 8 anos; 9 anos ou mais; sem registro); trabalho remunerado (sim; não; sem registro); tempo em atendimento (1 a 6 meses; 7 a 12 meses; 13 a 36 meses; 37 a 60 meses; 61 meses ou mais); origem do encaminhamento (demanda espontânea; Atenção Básica; serviço hospitalar ou emergencial; outro serviço especializado; serviços privados); diagnóstico (transtornos neuróticos; transtornos afetivos – unipolares; transtornos afetivos – bipolares; transtornos psicóticos; uso abusivo de Substâncias Psicoativas (SPA); retardo mental e transtornos orgânicos; sem diagnóstico); número de atendimentos de saúde mental (1 a 3 atendimentos; 4 a 6 atendimentos; 6 a 12 atendimentos; 13 atendimentos ou mais); ofertas terapêuticas (consulta médica de saúde mental; atendimento individual com profissional da equipe multidisciplinar (PEM); atendimento coletivo; oficina terapêutica/geração de renda; atividade comunitária; atendimento domiciliar; atividade física); cuidados clínicos recebidos (aferição do peso, aferição dos sinais vitais; anamnese e exame físico; exames laboratoriais; tratamentos clínicos/encaminhamentos); hipertensão (sim; não; sem registro); diabetes (sim; não;

sem registro); tabagismo (sim; não; sem registro); etilismo (sim; não; sem registro); uso de SPA (sim; não; sem registro).

As variáveis relativas as ofertas terapêuticas e aos cuidados clínicos recebidos foram avaliadas com base nos registros do ano que antecedeu a coleta de dados, ou seja, foi avaliado o período de maio de 2018 a maio de 2019.

Análise estatística

As análises estatísticas foram realizadas com o uso do software Stata 15 (Stata Corporation, College Station, Texas EUA). Foi utilizada análise estatística descritiva com estimativas da frequência absoluta e relativa para cada uma das variáveis estudadas. Como a falta de determinadas informações eram considerados de relevância para discussão do estudo, os dados faltantes (*missings*) foram computados e relatados.

Procedimentos éticos

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas sob parecer de nº 3.793.771. Sua realização se deu seguindo as normas e diretrizes brasileiras de regulamentação para pesquisas envolvendo seres humanos (Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde), além das disposições da Declaração de Helsinque. O anonimato dos participantes foi assegurado. O estudo aderiu as diretrizes para o fortalecimento da comunicação de estudos observacionais em epidemiologia (declaração STROBE).

RESULTADOS

Um total de 4582 usuários da rede de serviços de saúde mental, em nível ambulatorial e comunitário, foram incluídos no estudo. Destes, 9,0% (n=413) estavam vinculados ao CAPS-II, 7,8% (n=359) ao CAPS-AD, 22,5% (n=1.032) ao ambulatório e 60,6% (n=2.778) à Atenção Básica. A maior parte dos usuários eram mulheres (68,8% n=3.152) e a média de idade correspondeu a 49,4 (DP=16,4). A caracterização dos usuários incluídos no estudo de acordo com o serviço ao qual estão vinculados podem ser observados na tabela 1.

Tabela 1: Caracterização dos usuários incluídos no estudo de acordo com o ponto de atenção a que estão vinculados, Itatiba-SP, 2019 (n= 4582).

	CAPS II		CAPS AD		Ambulatório		Atenção Básica	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo								
Feminino	227	55,0	80	22,3	741	71,8	2104	75,7
Masculino	186	45,0	279	77,7	291	28,2	674	24,3
Idade								
18 a 30 anos	54	13,1	101	28,1	127	12,3	361	12,9
31 a 45 anos	127	30,8	138	38,5	306	29,7	724	26,1
46 a 60 anos	162	39,2	102	28,4	325	31,5	852	30,7
61 anos ou mais	70	16,9	18	5,0	274	26,5	841	30,3
Escolaridade								
0 a 4 anos	168	40,7	29	8,1	299	29,0	312	11,2
5 a 8 anos	43	10,4	16	4,5	163	15,8	227	8,2
9 anos ou mais	104	25,2	17	4,7	259	25,1	310	11,2
Sem Registro	98	23,7	297	82,7	311	30,1	1929	69,4
Trabalho Remunerado								
Sim	47	11,4	98	27,3	10	1,0	99	3,6
Não	185	44,8	73	20,3	5	0,5	71	2,5
Sem Registro	181	43,8	188	52,4	1017	98,5	2608	93,9
Tempo em atendimento								
1 a 6 meses	47	11,4	134	37,3	148	14,3	261	9,4
7 a 12 meses	30	7,2	88	24,5	160	15,5	270	9,7
13 a 36 meses	74	17,9	38	10,6	252	24,4	408	14,7
37 a 60 meses	61	14,8	29	8,1	465	45,1	315	11,3
61 meses ou mais	201	48,7	70	19,5	7	0,7	1524	54,9
Origem do encaminhamento								
Demanda espontânea	64	15,5	181	50,4	740	71,7	0	0
Atenção Básica	70	16,9	43	12,0	267	25,9	2731	98,3
Serviço hospitalar ou emergencial	47	11,4	14	3,9	4	0,4	9	0,3
Outro serviço especializado	206	49,9	32	8,9	11	1,0	30	1,1
Serviços privados	26	6,3	89	24,8	10	1,0	8	0,3
Diagnóstico*								
Transtornos neuróticos	66	16,0	45	12,5	573	55,5	1040	37,4
Transtornos afetivos (unipolares)	71	17,2	25	6,9	228	22,1	640	23,0
Transtornos afetivos (bipolares)	73	17,7	8	2,2	41	4,0	20	0,7
Transtornos psicóticos	172	41,6	12	3,3	58	5,6	81	2,9
Uso abusivo de SPA	17	4,1	131	36,5	41	4,0	69	2,5
Retardo mental e transtornos orgânicos	54	13,1	11	3,1	64	6,2	68	2,4
Sem diagnóstico	49	11,9	224	62,4	280	27,1	1110	39,9
Número de atendimentos de SM								
1 a 3 atendimentos	99	24,0	192	53,5	680	65,9	1912	68,8
4 a 6 atendimentos	254	61,5	66	18,4	274	26,5	633	22,8
6 a 12 atendimentos	46	11,1	53	14,7	69	6,7	217	7,8
13 atendimentos ou mais	14	3,4	48	13,4	9	0,9	16	0,6

*: Todos os diagnósticos atribuídos foram considerados, alguns usuários possuíam até 3 diagnósticos. SM= Saúde Mental.

Houve predomínio do sexo feminino em todos os serviços, exceto para o CAPS-AD, cuja proporção de usuários do sexo masculino correspondeu a 77,7% (n=279). Em relação ao CAPS-AD, destaca-se ainda uma maior proporção de usuários mais jovem, especialmente quando comparados aos usuários da Atenção Básica, onde a proporção de usuários entre 46 e 60 anos, e aqueles com 61 anos ou mais, correspondeu a 33,7% (n= 852) e 33,3% (n= 841), respectivamente.

Uma vez que as informações de mais da metade dos usuários não estavam disponíveis no CAPS-AD e na Atenção Básica no que se refere a escolaridade, não foi possível identificar o nível de escolaridade desses usuários. Igualmente para a variável trabalho remunerado, na qual se inclui também os usuários do ambulatório.

No entanto, os dados disponíveis sinalizam para baixa escolaridade dos usuários do CAPS-II, onde 40,7% (n=168) dos usuários possuíam entre 0 e 4 anos de estudo.

A maior parte dos usuários vinculados ao CAPS-II e a Atenção Básica era atendida no serviço há mais de 5 anos: 48,7% (n= 201) e 54,9% (n= 1524) respectivamente. Usuários do ambulatório estavam no serviço majoritariamente entre 3 e 5 anos (45,1% n=465). Por outro lado, mais da metade dos usuários do CAPS-AD, frequentava o serviço por até um ano. Quanto a origem do encaminhamento, destacaram-se no CAPS-AD e no ambulatório a demanda espontânea, correspondendo a 50,4 (n=181) e 71,7% (n=740) dos usuários, respectivamente. Neste segundo, destacou-se ainda a proporção de usuários encaminhados pela Atenção Básica (25,9% n= 267), enquanto no CAPS-AD, houve ainda uma proporção relevante de encaminhamentos realizados por serviços privados (24,8% n= 89). Entre os usuários do CAPS-II, destacaram-se os encaminhamentos realizados por outros serviços especializados, correspondente a 49,9% (n=206) dos casos. Já na Atenção Básica, a ampla maioria dos usuários já era vinculada ao serviço inicialmente (98,3% n= 2731).

No que se refere ao diagnóstico dos usuários, no CAPS-II destaca-se a alta prevalência de transtornos psicóticos (41,6% n= 172) enquanto no ambulatório e na Atenção Básica predominaram os transtornos neuróticos e afetivos unipolares. No CAPS-AD, 36,5% dos usuários possuíam diagnóstico relativo ao uso abusivo de substâncias psicoativas (SPA), contudo, destaca-se a alta proporção de usuários sem diagnóstico atribuído (62,4% n= 224). O mesmo aconteceu para o ambulatório e para Atenção Básica, onde 27,1% (n= 280) e 39,9% (n=1110) dos usuários não possuíam diagnóstico, respectivamente.

A maior parte dos usuários vinculados ao CAPS-AD (53,5% n= 192), ao ambulatório (65,9% n= 680) e à Atenção Básica (68,8% n= 1912) haviam recebido entre 1 e 3 atendimentos no ano que antecedeu a pesquisa. Já no CAPS-II, a maior parte dos usuários consultou mais frequentemente, de forma que 61,5% (n= 254) dos usuários receberam entre 4 a 6 atendimentos no ano. Os dados quanto às ofertas terapêuticas, bem como os cuidados clínicos recebidos pelos usuários em cada ponto de atenção podem ser observados na tabela 2.

Tabela 2: Ofertas terapêuticas e cuidados clínicos recebidos pelos usuários incluídos no estudo de acordo com o ponto de atenção a que estão vinculados, Itatiba-SP, 2019 (n= 4582).

	CAPS II		CAPS AD		Ambulatório		Atenção Básica	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ofertas terapêuticas								
Consulta médica de saúde mental	410	99,3	209	58,2	1001	97,0	1947	70,1
Atendimento individual (PEM)	372	90,1	232	89,9	293	28,4	1851	66,6
Atendimento coletivo	37	8,96	196	54,6	0	0	122	4,4
Oficina terapêutica/geração de renda	38	9,2	24	6,6	0	0	15	0,5
Atividade comunitária	11	2,7	0	0	0	0	287	10,3
Atendimento domiciliar	26	6,3	0	0	0	0	233	8,4
Atividade física	6	1,4	3	0,8	0	0	61	2,2
Cuidados clínicos recebidos								
Aferição do peso	64	15,5	48	13,4	97	9,4	2602	93,6
Aferição dos sinais vitais	30	7,3	141	39,3	43	4,2	2574	92,7
Anamnese e exame físico	244	59,1	222	61,8	180	14,4	2630	94,7
Exames laboratoriais	67	16,2	45	12,5	124	12,2	2144	77,2
Tratamentos clínicos/encaminhamentos	72	17,4	29	8,1	88	8,5	1925	69,3

PEM= Profissional da Equipe Multidisciplinar.

Enquanto no CAPS-II houve uma alta proporção de usuários que receberam consulta médica de saúde mental (99,3% n= 410) e atendimento individual com profissional da equipe multidisciplinar (PEM) (90,1% n= 372), no CAPS AD, além dos atendimentos individuais com PEM, houve destaque para os atendimentos coletivos (89,9% n=232). Por outro lado, apenas 58,2% (n= 209) dos usuários do CAPS-AD haviam recebido consultas médicas no último ano. No ambulatório, os atendimentos se configuraram exclusivamente como consultas médicas (97% n= 1001) e uma menor proporção de atendimentos individuais com PEM (28,4% n= 293).

Na Atenção Básica, as ofertas terapêuticas foram predominantemente a consulta médica (70,1% n= 1947) e o atendimento individual com PEM (66,6% n= 1851). Contudo, pontuam-se outras atividades que apesar de baixa proporção, diferem do funcionamento dos demais pontos de atenção, como as atividades comunitárias (10,3% n= 287) e as visitas domiciliares (8,4% n= 233).

Destaca-se que além da Atenção Básica, todos os serviços apresentaram baixa proporção de prestação de cuidados clínicos, havendo destaque apenas para os tratamentos clínicos ou encaminhamentos para esse fim no CAPS-II (17,4% n= 72) e a aferição dos sinais vitais no CAPS-AD (39,3% n= 141). Entre os usuários do CAPS-II e do Ambulatório, a aferição dos sinais vitais foi realizada apenas em 7,3% (n= 30) e 4,2% (n=43) dos usuários, respectivamente. Informações quanto ao registro de comorbidades, tabagismo, etilismo e uso de SPA entre os usuários podem ser observadas na tabela 3.

Tabela 3: Registro de comorbidades, tabagismo, etilismo e uso de SPA entre usuários incluídos no estudo de acordo com o ponto de atenção a que estão vinculados, Itatiba-SP, 2019 (n= 4582).

	CAPS II		CAPS AD		Ambulatório		Atenção Básica	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hipertensão								
Sim	73	17,7	17	4,7	60	5,8	847	31,5
Não	175	42,4	100	27,8	23	2,2	337	12,1
Sem registro	165	39,9	242	67,4	949	92,0	1567	56,4
Diabetes								
Sim	51	12,3	7	1,9	28	2,7	337	12,1
Não	187	45,3	104	29,0	32	3,1	493	17,8
Sem registro	175	42,4	248	69,1	972	94,2	1948	70,1
Tabagismo								
Sim	103	24,9	63	17,5	11	1,1	185	6,7
Não	228	55,2	41	11,4	23	2,2	210	7,6
Sem registro	82	19,9	255	71,1	998	96,7	2383	85,8
Etilismo								
Sim	54	13,1	219	61,0	5	0,5	107	3,9
Não	271	65,6	15	4,2	21	2,0	176	6,3
Sem registro	88	21,3	125	34,8	1006	97,5	2495	89,8
Uso de SPA								
Sim	34	8,2	202	56,3	5	0,5	56	2,0
Não	278	67,3	25	6,9	1	0,1	74	2,7
Sem registro	101	24,5	132	36,8	1026	99,4	2648	95,3

*:SPA= Substâncias Psicoativas.

A falta de informações referentes a comorbidade de hipertensão e diabetes impossibilitou a identificação de sua ocorrência, especialmente no CAPS-AD, no ambulatório e na Atenção Básica, locais onde mais da metade dos prontuários não disponibilizavam essas informações. Já no CAPS-II, por mais que a proporção de usuários sem essas informações seja alta, foi possível observar que 17,7% (n=73) dos usuários eram apontados hipertensos e 12,3% (n= 51) como diabéticos.

Quanto ao tabagismo, apesar da falta de informações em 19,9% (n= 82) dos casos, foi possível observar no CAPS-II uma proporção de 24,9% (n=103) de usuários fumantes. Já em relação ao etilismo, no CAPS-AD, embora não houvesse informações acerca de 34,8% dos usuários, 61% (n= 219) deles foram identificados como etilistas.

Em relação ao uso de SPA, destaca-se também a ausência de informações em parte considerável dos usuários do CAPS-II e do CAPS-AD, contudo, foi possível identificar uma proporção de uso de 8,2 (n= 34) e 56,3% (n=202) respectivamente. Entre usuários do ambulatório e da Atenção Básica, a falta de informações foi de 99,4% (n= 1026) e 95,3% (n= 2648) respectivamente.

DISCUSSÃO

Embora se apoie em dados descritivos, este estudo permite a identificação de potências e desafios nas diferentes modalidades de atendimento em saúde mental

em um mesmo cenário. Mesmo que as populações assistidas pelos serviços tenham características distintas, os aspectos investigados dizem respeito a informações e cuidados básicos que deveriam ser transversais para a população estudada. Nesse sentido, os dados apresentados sugerem uma heterogeneidade importante no processo de trabalho dos serviços e destacam alguns elementos que precisam ser problematizados.

De forma geral, foi evidenciada uma grande proporção de falta de registros acerca de informações relevantes sobre os usuários. No campo social, destacam-se aspectos como nível de escolaridade e situação laboral. Essa situação, remonta a ideia proposta por Saraceno (1994) acerca da existência de variáveis fortes e variáveis sombra na constituição dos elementos que assumem papel de destaque na avaliação da evolução de um transtorno mental e na estratégia de intervenção adotada. Segundo o autor, as variáveis fortes estariam relacionadas ao diagnóstico, gravidade do quadro e histórico da doença, enquanto as variáveis sombra se relacionam com os recursos individuais da pessoa com transtorno mental, como capacidade intelectual, grau de informação etc. Saraceno (1994) argumenta ainda que essas últimas variáveis seriam deixadas à sombra por serem irrelevantes no que diz respeito à evolução da enfermidade e à estratégia de intervenção, entretanto, é provável que um usuário piore muito mais pela falta desses recursos do que pelo tipo de diagnóstico, por exemplo.

Destaca-se que a falta de informações referentes a escolaridade e situação laboral entre os usuários do CAPS-AD. A falta dessas informações, assim como proposto por Saraceno (1994), podem prejudicar a clínica. A proporção de inserção escolar, por exemplo, já foi reconhecida por trabalhos prévios (Bustamante et al., 2019) como um indicador de qualidade em serviços de saúde mental. Quanto ao ambulatório e a Atenção Básica, cujos casos são majoritariamente relacionados aos transtornos neuróticos e afetivos, cabe reconhecer que esses transtornos estão entre as principais causas de perda de dias de trabalho, sendo os transtornos ansiosos a segunda maior causa dos afastamentos laborais (Ribeiro et al., 2019).

Foram evidenciadas diferenças importantes entre os serviços e a forma de acesso dos usuários aos mesmos, apontando assim para formas diferentes de relacionamento com a rede de atenção. Destaca-se, por exemplo, a alta proporção de

usuários que acessaram o ambulatório e o CAPS-AD por demanda espontânea. Embora seja um movimento esperado para o CAPS-AD, dada a persistente dificuldade de outros serviços, em especial a Atenção Básica, em lidar com o usuário de SPA (Paula et al., 2014; Souza & Ronzani, 2020), a proporção de usuários do ambulatório que acessou o serviço de forma direta sugere que o mesmo tem se configurado enquanto uma das principais portas de entrada para os cuidados em saúde mental na rede estudada. Vale ressaltar ainda que além de configurar uma porta de entrada, ele pode estar assumindo uma posição de *gatekeeper* em relação ao CAPS-II, uma vez que foi o serviço responsável pela maioria dos encaminhamentos de usuários que acessaram o CAPS-II via outro serviço especializado.

Em relação ao CAPS-AD, pontua-se ainda a proporção significativa de usuários que acessaram o serviço através do encaminhamento de serviços privados, amplamente representados pelas CTs. Embora não sejam equipamentos novos na conjuntura de cuidados em saúde mental, a validação desses serviços enquanto serviços de saúde propostas pela portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, inclusive com financiamento público, necessita ser urgentemente discutida junto a sociedade civil. Ressalta-se que o encaminhamento para os serviços do sistema público de saúde, em sua maioria, não representa um movimento de integração, mas sim o uso do sistema público para suprir a falta de equipe técnica das CTs, bem como uma divisão oportunista da clientela, onde usuários que tendem a apresentar respostas limitadas são encaminhados aos CAPS-AD (Guimarães; Rosa, 2019).

A falta de atribuição de diagnóstico entre os usuários do CAPS-AD e da Atenção Básica chama atenção. Enquanto no CAPS-AD, a proporção de usuários que está no serviço há menos de um ano, o baixo número de atendimentos recebido pela maioria dos usuários, e a baixa proporção de usuários que passaram em consulta médica poderia explicar parte desse cenário, existem na literatura subsídios que levam a crer que, na Atenção Básica, essa realidade esteja associada com uma dificuldade dos profissionais em atribuir diagnósticos de transtornos mentais (Tanaka; Ribeiro, 2009; Campos-Junior, 2013).

Ainda quanto aos diagnósticos, foi possível evidenciar que a demanda de cuidados no Ambulatório foi semelhante a demanda observada nos serviços de

Atenção Básica estudados. Em ambos os serviços, a maioria dos casos assistidos correspondiam aos diagnósticos de transtornos neuróticos e transtornos afetivos unipolares. Especialmente para atenção básica, esses dados corroboram com achados de estudos prévios (Gonçalves et al., 2014). Contudo, cabe destacar que, neste estudo, foram incluídas apenas as unidades de Atenção Básica que operavam no modelo de ESF (13 unidades com 19 equipes), havendo ainda 6 unidades que operam no modelo tradicional. Esse dado é relevante na medida que em que pode explicar, em parte, a semelhança entre a demanda do Ambulatório e da Atenção Básica. Sugere-se como hipótese, que parte dos casos atendidos no ambulatório correspondem aos casos não absorvidos pelas unidades tradicionais de Atenção Básica, que em contraponto as unidades ESF, não contam com apoio matricial, sendo assim menos propensas a assumir a coordenação do cuidado de usuários com queixas de saúde mental.

Os serviços estudados apresentaram diferenças significativas quanto as ofertas terapêuticas realizadas. No CAPS-II, foi observada uma alta prevalência na oferta de consultas médicas em saúde mental e realização de atendimentos individuais por profissionais não médicos. Por outro lado, a oferta de atendimentos coletivos bem como oficinas terapêuticas foi baixa, estando assim em desacordo com as expectativas para o processo de trabalho dos CAPS. Destaca-se que no contexto de reinserção social e abordagem biopsicossocial, as atividades grupais e oficinas deveriam constituir uma das principais formas de tratamento oferecidas nesses serviços (Brasil, 2004), ademais, sua utilização tem sido associada a melhora da função social de pessoas com transtornos psíquicos tanto no cotidiano familiar como na comunidade (Ibiapina et al., 2017).

No CAPS-AD por outro lado, observou-se uma alta prevalência de atendimentos coletivos, embora a oferta de oficinas terapêuticas também tenha sido baixa. Destaca-se, no entanto, a baixa proporção de usuários que receberam consultas médicas de saúde mental no ano que antecedeu a coleta. Trata-se de um aspecto que pode estar atrelado tanto ao funcionamento do serviço em questão, que valorizaria o atendimento coletivo em detrimento ao individual, representando assim um problema para questões que poderiam ser melhor exploradas individualmente, como um aspecto relacionado à incompatibilidade da capacidade de pessoal médico à demanda do serviço. Para este segundo caso, são recorrentes na literatura os

relatos de que frente a escassez de profissionais, as filas de atendimento médico individual acabam se acumulando (Lacerda; Rojas, 2017; Silva; Lima, 2017).

Deve-se salientar que foi observada uma baixa utilização de recursos comunitários, especialmente as visitas domiciliares, chamando atenção para um movimento de engessamento dos serviços e priorização das práticas intramuros. Esse movimento também foi observado no estudo de Onocko-Campos et al (2018) ao avaliar a atuação dos CAPS em quatro centros urbanos do Brasil. No estudo em questão, os autores evidenciaram que a prevalência de atividades comunitárias variou de 4% a 11%, enquanto a proporção de visitas domiciliares oscilou entre 4% e 9%.

Exceto pelo ambulatório, foi possível observar que assim como evidenciado por outros estudos (Onocko-Campos et al., 2018), o atendimento com PEM tem se configurado como uma importante ação do cuidado em saúde mental ao redor do país. Esse dado reforça a necessidade de avançar nos esforços para inclusão dos diversos integrantes da equipe multiprofissional em ações de qualificação do cuidado em saúde mental. No ambulatório, por sua vez houve uma baixa proporção de atendimento individual com PEM, mesmo que essa tenha sido a única modalidade de atendimento oferecida além da consulta médica.

Destaca-se que estudos recentes (Damous; Erlich, 2017) têm contextualizado o papel dos ambulatórios na rede de saúde mental e apontam para os mesmos como local onde um trabalho clínico e psicoterápico, não intensivo, poderia ser feito com uma clientela por um determinado período. Dessa forma, usuários que não atendem os critérios de inclusão nos CAPS, mas que necessitam cuidados especializados em saúde mental que não são encontrados na Atenção Básica poderiam beneficiados. Contudo, é importante observar que para isso, os ambulatórios precisam estar alinhados com a perspectiva da atenção psicossocial, indo assim em oposição a visão organicista oferecida pelo modelo biomédico, amplamente reproduzido nesses serviços (Brandão-Junior et al., 2017) e estar bem articulado com a Atenção Básica. No ambulatório estudado, por exemplo, para além da priorização das consultas médicas, destacou-se a baixa prevalência de cuidados clínicos ofertados aos usuários, além do baixo registro acerca de comorbidades ou mesmo hábitos como tabagismo, etilismo e uso de SPA, todos relevantes nesse grupo de pacientes.

A baixa oferta de cuidados clínicos também foi observada no CAPS-II e no CAPS-AD, especialmente no que se refere a aferição do peso e dos sinais vitais. Trata-se de um achado preocupante na medida em que estudos anteriores conduzidos no país apontaram uma prevalência de obesidade entre usuários de CAPS (Jardim et al., 2017). Destaca-se que a obesidade, por sua vez, tende a favorecer a ocorrência de comorbidades como a hipertensão e diabetes, cujo as chances de manifestação entre pessoas com transtornos mentais são 2,08 e 3,51 vezes maiores que na população em geral, respectivamente (Woodhead et al., 2014).

Pontua-se ainda a baixa prevalência de registro da presença ou não de comorbidades observada em todos os serviços avaliados. No CAPS-AD, no ambulatório e na Atenção Básica, mais da metade dos usuários não contavam com esses registros em seus prontuários. Já no CAPS-II, mesmo com uma proporção expressiva de registros faltantes, foi possível observar uma prevalência de diabetes 1,98 vezes maior que a observada para população geral brasileira (Malta et al., 2019), chamando atenção para necessidade de qualificar o cuidado desses usuários, buscando, especialmente, integrar o cuidado fornecido nos serviços especializados de saúde mental com a Atenção Básica.

Nesse sentido, destaca-se que a Atenção Básica foi o ponto de atenção onde os usuários receberam cuidados clínicos em maior proporção, apresentando prevalências superiores a 90% nos itens aferição do peso, aferição dos sinais vitais e anamnese e exame físico. Esses achados reforçam a ideia de que a Atenção Básica é um ponto de atenção potente e necessário para o cuidado das pessoas com transtornos mentais. Contudo, estudos conduzidos anteriormente no país têm demonstrado que, após acessar os serviços especializados de saúde mental, muitos usuários perdem o contato com as equipes de Atenção Básica (Amaral et al., 2018). Dessa forma, cada vez mais se faz necessário lançar mão de estratégias que visem a integração desses serviços.

Na última década, uma estratégia que tem se destacado é o apoio matricial (Treichel et al., 2019). Trata-se de um modelo de intervenção pedagógico-terapêutica que visa favorecer a troca de informações e ampliar a corresponsabilização pelos usuários entre as equipes de diferentes níveis de atenção (Campos; Domitti, 2007). Sua ação tem se mostrado relevante na incorporação de novas possibilidades no

cuidado em saúde mental, contudo, uma série de desafios ainda estão postos, como, por exemplo, a persistência de um entendimento biológico sobre o processo saúde-doença em detrimento do olhar biopsicossocial, havendo uma forte centralidade do processo de trabalho no modelo curativo e individual (Treichel et al., 2019). Pontua-se então, a necessidade de um investimento maciço em formação e capacitação dos profissionais, tanto para o trabalho articulado em rede, como para o rastreio e monitoramento das necessidades em saúde dos usuários que convivem com um transtorno mental.

Dado o desenho do estudo, salienta-se a limitação de seu caráter descritivo além da grande proporção de dados faltantes em algumas das variáveis estudadas. Destaca-se, no entanto, que assim como demonstrado ao longo da discussão, os dados apresentados dialogam com problemas que são transversais ao sistema nacional de saúde bem como problemáticas atuais e relevantes que vêm sendo discutidas ao redor do mundo.

CONCLUSÃO

Foi evidenciado uma alta proporção de informações faltantes acerca de características que são relevantes para o cuidado dos indivíduos estudados, sugerindo assim que questões relativas à condição clínica e socioeconômica dos usuários podem estar sendo negligenciadas. Além disso, foram evidenciadas diferenças importantes entre os serviços no que diz respeito ao seu funcionamento bem como ao diálogo estabelecido com os outros pontos de atenção da rede de saúde.

Além da realização de consultas médicas, a ampla oferta de atendimentos individuais com profissionais não médicos se mostrou como um ponto forte na maioria dos serviços estudados, reforçando assim a necessidade de valorização de engajamento da equipe interdisciplinar no cuidado em saúde mental. Por outro lado, foi observada uma baixa utilização dos recursos coletivos como as oficinas terapêuticas, evidenciando a necessidade de retomada e reafirmação de práticas já consagradas na perspectiva da reabilitação psicossocial.

A rede estudada se caracterizou ainda pela baixa utilização dos recursos comunitários e das visitas domiciliares, bem como pela baixa proporção de cuidados

clínicos oferecidos aos usuários nos serviços especializados de saúde mental. Por outro lado, a Atenção Básica foi responsável por apresentar altas proporções de cuidados clínicos aos seus usuários, destacando-se assim enquanto um serviço potente e necessário para o cuidado das pessoas com transtornos mentais.

REFERÊNCIAS

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (2016). Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011–2015. Retrieved from: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relat--rio-Gest--o-2011-2015---.pdf>
- Bustamante, Vania, Onocko-Campos, Rosana, Silva, Alice Andrade, & Treichel, Carlos Alberto dos Santos. (2020). Indicadores para avaliação de Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Capsi): resultados de uma pesquisa-intervenção. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 24, e190276. Epub November 27, 2019.
- Campos-Junior, Ailson. Estudo sobre práticas de cuidado em saúde mental na atenção primária: o caso de um município do interior do estado do Rio de Janeiro. / Ailson Campos Junior. -- 2013. 130 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.
- Damous, Issa, & Erlich, Hilana. (2017). O ambulatório de saúde mental na rede de atenção psicossocial: reflexões sobre a clínica e a expansão das políticas de atenção primária. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 27(4), 911-932. <https://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000400004>
- Global Burden of Disease Collaborative Network [internet]. Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). [accessed in 17 feb 2020]. Available in: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>
- Gonçalves, Daniel Almeida, Mari, Jair de Jesus, Bower, Peter, Gask, Linda, Dowrick, Christopher, Tófoli, Luis Fernando, Campos, Monica, Portugal, Flávia Batista, Ballester, Dinarte, & Fortes, Sandra. (2014). Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(3), 623-632.
- Guimaraes, T.A.A., Rosa, L.C.S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. *O Social em Questão*, 44(2), 111-138.
- Guimaraes, T.A.A., Rosa, L.C.S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. *O Social em Questão*, 44(2), 111-138.

- Ibiapina, Aline Raquel de Sousa, Monteiro, Claudete Ferreira de Souza, Alencar, Delmo de Carvalho, Fernandes, Márcia Astrês, & Costa Filho, Antonio Alberto Ibiapina. (2017). Oficinas Terapêuticas e as mudanças sociais em portadores de transtorno mental. *Escola Anna Nery*, 21(3), e20160375. Epub June 01, 2017. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0375>
- Jardim, Vanda Maria da Rosa; Treichel, Carlos Alberto dos Santos; Kantorski, Luciane Prado; Silva, Marcos Daniel; Bernini, Carolina Reinbrecht; Secchi, Thais Leite. Overweight and obesity among individuals with mental disorders in southern Brazil. *J Nurs Health*. 2017;7(3): e177301.
- Lacerda, Clarissa de Barros, & Fuentes-Rojas, Marta. (2017). Significados e sentidos atribuídos ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) por seus usuários: um estudo de caso. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 21(61), 363-372. Epub October 24, 2016. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0060>
- Malta, Deborah Carvalho, Duncan, Bruce Bartholow, Schmidt, Maria Inês, Machado, Ísis Eloah, Silva, Alanna Gomes da, Bernal, Regina Tomie Ivata, Pereira, Cimar Azeredo, Damacena, Giseli Nogueira, Stopa, Sheila Rizzato, Rosenfeld, Luiz Gastão, & Szwarcwald, Celia Landman. (2019). Prevalência de diabetes mellitus determinada pela hemoglobina glicada na população adulta brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 22(Suppl. 2), E190006.SUPL.2. Epub October 07, 2019. <https://doi.org/10.1590/1980-549720190006.supl.2>
- Onocko-Campos RT, Amaral CEM, Saraceno B, Oliveira BDC, Treichel CAS, Delgado PGG. Atuação dos Centros de Atenção Psicossocial em quatro centros urbanos no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e113. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.113>
- Onocko-Campos RT. Mental health in Brazil: strides, setbacks, and challenges. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(11), e00156119. Epub October 31, 2019. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00156119>
- Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet* 2018; 392:1553-98.
- Paula ML, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, & Albuquerque RA. (2014). Assistência ao usuário de drogas na atenção primária à saúde. *Psicologia em Estudo*, 19(2), 223-233. <https://doi.org/10.1590/1413-737222025006>
- randão Junior, Pedro Moacyr Chagas, Canavêz, Fernanda, & Ramos, Patricio Lemos. (2017). Entre saúde e educação: sobre um ambulatório de saúde mental infantojuvenil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 21(62), 699-709. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0313>
- Reilly S, Olier I, Planner C, et al. Inequalities in physical comorbidity: a longitudinal comparative cohort study of people with severe mental illness in the UK. *BMJ Open* 2015;5: e009010. doi:10.1136/bmjopen-2015-009010
- SARACENO, B. Manual de saúde mental. São Paulo: Hucitec, 1994.

- Silva, Sarah Nascimento, & Lima, Marina Guimarães. (2017). Avaliação da estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial da região do Médio Paraopeba, Minas Gerais. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 26(1), 149-160. <https://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000100016>
- Souza FE, & Ronzani TM. (2018). Desafios às práticas de redução de danos na atenção primária à saúde. *Psicologia em Estudo*, 23, e2306. Epub March 13, 2020. <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v23.e37383>
- Storm M, Fortuna KL, Gill EA, Pincus HA, Bruce ML, Bartels SJ. Coordination of services for people with serious mental illness and general medical conditions: Perspectives from rural northeastern United States [published online ahead of print, 2020 Jan 27]. *Psychiatr Rehabil J*. 2020;10.1037/prj0000404. doi:10.1037/prj0000404
- Tanaka, Oswaldo Yoshimi, & Ribeiro, Edith Lauridsen. (2009). Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 477-486.
- Treichel, Carlos Alberto dos Santos, Campos, Rosana Teresa Onocko, & Campos, Gastão Wagner de Souza. (2019). Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 23, e180617. Epub June 27, 2019. <https://doi.org/10.1590/interface.180617>
- Woodhead C, Ashworth M, Schofield P, Henderson M. Patterns of physical co-/multi-morbidity among patients with serious mental illness: a London borough-based cross-sectional study. *BMC fam pract*. 2014;15(117):1-9.
- World Health Organization. *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: WHO; 2017.
- World Health Organization. *Mental health action plan 2013-2020*. Geneva: World Health Organization; 2013.

ARTIGO 2

MANUSCRIPT CATEGORY:

Original article

TITLE:

Prevalence and factors associated with knowledge by primary care about patients with mental health needs treated at specialized outpatient services.

SHORT RUNNING TITLE:

Mental health services integration

KEYWORDS:

Mental Health; Community Mental Health Services; Primary Care.

WORD COUNT:

xxxx words

AUTHORS:

Carlos Alberto dos Santos Treichel, MHSc, B.ScN, PhD candidate. Department of Collective Health, School of Medical Sciences, University of Campinas, Campinas, Brazil. <https://orcid.org/0000-0002-0440-9108>

Rosana Teresa Onocko Campos, PhD, M.Sc, MD. Associate Professor, Department of Collective Health, School of Medical Sciences, University of Campinas, Campinas, <https://orcid.org/0000-0003-0469-5447>

CORRESPONDING AUTHOR:

Carlos Alberto dos Santos Treichel. Department of Collective Health, School of Medical Sciences, University of Campinas, St. Tessália Vieira de Camargo, 126. Cidade Universitária Zeferino Vaz. Zip code 13083-887 – Campinas, SP, Brazil. Email: carlos-treichel@hotmail.com. Phone: +551935218933.

AUTHOR CONTRIBUTIONS:

CAST worked on the conception and design of the study, analysis and interpretation of data, writing and critical review of the manuscript. RTOC worked on the conception and design of the study, interpretation of data and critical review of the manuscript.

ACKNOWLEDGMENTS:

This study was partly funded by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001. The research that originated this

study was funded by the Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), process nº 2018/10366-6.

CONFLICT OF INTEREST:

The authors declare that there is no conflict of interest that could be perceived as prejudicing the impartiality of the research reported.

FUNDING:

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) – Finance Code 001; Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), process nº 2018/10366-6.

ETHICAL PROCEDURES:

The study was approved by an accredited Ethics Committee, following the Brazilian regulatory standards and guidelines for research involving human beings (CNS Resolution 466/2012). It was similarly in accordance with the provisions of the Declaration of Helsinki.

PREVALENCE AND FACTORS ASSOCIATED WITH KNOWLEDGE BY PRIMARY CARE ABOUT PATIENTS WITH MENTAL HEALTH NEEDS TREATED AT SPECIALIZED OUTPATIENT SERVICES

ABSTRACT: In Brazil, since 2008, attempts to integrate specialized mental health services and Primary Care have taken place through matrix support. However, little is known about this service's quantitative impact on the sharing of cases between different levels of care. Thus, the aim of this study was to investigate the prevalence and factors associated with knowledge by Primary Care of mental health patients treated at outpatient specialized services in a medium-sized city in Brazil with recent implementation of matrix support. This is a document-based cross-sectional study, conducted through the analysis of 1198 patients' medical records. Crude and adjusted associations with the outcome were explored using logistic regression. The overall knowledge by Primary Care of mental health patients treated at outpatient specialized services was 40% (n= 479). Evidence was found for associations between the outcome and the patients being over 30 years old, and referral by an emergency or hospital service. There was, conversely, an inverse association between the outcome and status as a patient from the Outpatient Clinic or from the Psychosocial Care Center for psychoactive substance misuse. Our results suggest that, although the municipality studied has a matrix support service, it has not been effective in promoting the sharing of cases between different levels of care, and it is necessary to create strategies to address this scenario.

Keywords: Shared Care; Mental Health; Community Mental Health Services; Primary Care; Collaborative Care.

INTRODUCTION

Worldwide, efforts have been made to integrate specialized mental health services and Primary Care in order to reduce the treatment gap and offer better mental health care (WHO, 2010; Kates et al., 2018). A recently conducted literature review (Cubillos et al., 2020) synthesized evidence that patients receiving treatment in the integrated models tend to have better outcomes compared with those receiving regular care.

In high-income countries, different integration models have been classified based on the nature and level of coordination between providers. At the first level, patients are referred to another location (coordinated care). At the second level, providers provide care at the same location, but do not share treatment plans (colocated care). At the highest level of integration, providers are part of the same team with a common treatment plan, and the patient receives care within a single system (integrated care) (COE, 2020; Cubillos et al., 2020).

In Brazil, since 2008, attempts to integrate specialized mental health services and Primary Care have taken place through matrix support. Corresponding to an integrated care proposal, the matrix support service is a model of pedagogical-therapeutic intervention. It aims to produce and stimulate relationships among providers and patients to foster the exchange of information and expansion of co-responsibility by the patient (Campos, 1999; Campos & Domitti, 2007).

However, although there have been significant contributions to the literature regarding facilitators and barriers to matrix support services (Hirdes & Silva, 2014; Castro & Campos, 2016), little is known about the system's quantitative impact on the sharing of cases between different levels of care (Treichel et al., 2019). A literature review regarding the pathways to mental health care in Brazil (Amaral et al., 2018) has shown that most patients who reach specialized mental health services are referred by non-Primary Care services, with hospitals and emergency services often being the first point of contact with the formal health network.

Additionally, continuity of care, especially regarding the return of patients from specialized services to Primary Care, is a well-known problem in Brazil (Vannucchi et al., 2012; Treichel et al., 2019). Thus, we hypothesized that a significant proportion of mental health patients treated in specialized services are not known to Primary Care. The aim of this study was to investigate the prevalence and factors associated with knowledge by Primary Care of mental health patients treated at outpatient specialized services in a medium-sized city in Brazil with recent implementation of matrix support.

METHODS

Design and participants

This is a document-based cross-sectional study, conducted through the analysis of medical records of patients from outpatient specialized mental health services in a medium-sized city in Brazil. It is a city with approximately 120,000 inhabitants, 80km (50 mi) away from São Paulo, which has three outpatient specialized mental health services, namely: Psychosocial Care Center-II (PCC-II), Psychosocial Care Center for Psychoactive Substance Misuse (PCC-PSM), and the Outpatient Clinic.

During the research period, 413 patients were registered in the PCC-II, 403 patients were registered in the PCC-PSM, and 1142 patients were receiving mental health consultations at the Outpatient Clinic.

Inclusion criteria were being of adult age and having at least one registration for a mental health appointment between May 2018 and May 2019. Individuals were excluded if they resided in an area not covered by a Primary Care service that operates on the Family Health Strategy (FHS) model. Ultimately, 1198 patient records were included in this study.

Data collection procedures

Data collection procedures were developed at the services between May and July 2019 and delivered by 16 trained individuals. These individuals were selected undergraduate students or undergraduate professionals in psychology or medicine and were supervised by 2 undergraduate professionals, one in nursing and one in social assistance. Data collectors filled out a form prepared for the purposes of the research when inclusion criteria were met based on data available in the medical records.

Primary Care database

Before conducting this study, a database was created to compile Primary Care patients who had a record of complaints related to mental health. The inclusion of patients in this database considered the registration of at least one attendance due to mental health complaints with regard to section F of the International Statistical Classification of Diseases and Related Problems (ICD), or the registration of psychosomatic complaints associated with the use of a medicine belonging to group N of the WHO Anatomical Therapeutic Chemical Code (ATC) system. Among 60411

patients covered by a Primary Care service operating on the FHS model, 9834 patients were included in the database.

Outcome

Our outcome was the knowledge by Primary Care of mental health patients treated at outpatient specialized mental health services. To assess this outcome, all patients included in the study had their data cross-checked with data from the Primary Care database. Patients were considered positive if they had a record of mental health care in both Primary Care and specialized services.

Covariates

From the information included in medical records, the following variables were considered of interest for this study: sex (male; female); age (18 to 30 years; 31 to 45 years; 46 to 60 years; 61+ years); diagnosis (neurotic disorders; affective disorders – unipolar; affective disorders – bipolar; psychosis; psychoactive substance misuse; intellectual disability or organic disorders; developmental disorders; no current diagnosis); referral source to the current service (spontaneous demand; Primary Care; emergency or hospital services; private services); time attending the current service (up to 1 year; up to 3 years; up to 5 years; 5+ years).

Statistical analysis

Statistical analyses were conducted with the use of Stata 15 (Stata Corporation, College Station, Texas USA). Descriptive statistical analysis with absolute and relative frequency estimates was carried out for each of the covariates. There were no missing data for any of the studied variables.

Associations between the outcome – knowledge by Primary Care of mental health patients treated at outpatient specialized services – and covariates were tested using unadjusted and adjusted logistic regression models. Adjustment took place in a single step and considered all included covariates.

Ethical procedures

The current study was submitted to and approved by an accredited Ethics Committee, following the Brazilian regulatory standards and guidelines for research

involving human beings (National Health Council Resolution 466/2012), and the provisions of the Declaration of Helsinki. The study fully ensured patients' anonymity. It adhered to the Guidelines for Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE Statement).

RESULTS

Characterization of the participants

A total of 1198 patient records were included in this study, with 25% (n=299) from Psychosocial Care Center II (PCC-II), 19.4% (n=232) from the Psychosocial Care Center for Psychoactive Substance Misuse (PCC-PSM), and 55.7% from the Outpatient Clinic. The characterization of participants in relation to study covariates, by service and overall, is given in Table 1.

Table 1: Descriptive statistics of participants (n= 1198).

	PCC II		PCC-PSM		Outpatient Clinic		Overall	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sex								
Male	130	43.5	180	77.6	201	30.1	511	42.7
Female	169	56.5	52	22.4	466	69.9	687	57.3
Age								
18 to 30 years	50	16.7	86	37.1	167	25.1	303	25.3
31 to 45 years	98	32.8	74	31.9	152	22.8	324	27.1
46 to 60 years	104	34.8	64	27.6	205	30.7	373	31.1
61+ years	47	15.7	8	3.4	143	21.4	198	16.5
Diagnosis								
Neurotic disorders	33	11.0	9	3.9	271	40.7	313	26.1
Affective disorders (unipolar)	40	13.4	2	0.8	92	13.8	134	11.2
Affective disorders (bipolar)	52	17.4	5	2.2	12	1.8	69	5.8
Psychosis	121	40.5	4	1.7	25	3.7	150	12.5
Psychoactive substance misuse	8	2.7	74	31.9	17	2.5	99	8.3
Intellectual disability or Organic disorders	28	9.4	4	1.7	36	5.4	68	5.7
Developmental disorders	1	0.3	2	0.9	30	4.5	33	2.7
No current diagnosis	16	5.3	132	56.9	183	27.5	332	27.7
Referral source for the current service								
Spontaneous demand	47	15.7	117	50.4	434	65.1	598	49.9
Primary Care	64	21.4	29	12.5	205	30.7	298	24.9
Emergency or Hospital services	35	11.7	7	3.0	2	0.3	44	3.7
Other specialized service	141	47.2	19	8.2	7	1.1	167	13.9
Private Services	12	4.0	60	25.9	19	2.8	91	7.6
Time attending the current service								
Up to 1 year	62	20.7	136	58.6	223	33.4	421	35.2
Up to 3 years	52	17.4	30	12.9	161	24.1	243	20.3
Up to 5 years	48	16.1	21	9.1	262	39.3	331	27.6
5+ years	137	45.8	45	19.4	21	3.2	203	16.9
TOTAL	299	100	232	100	667	100	1198	100

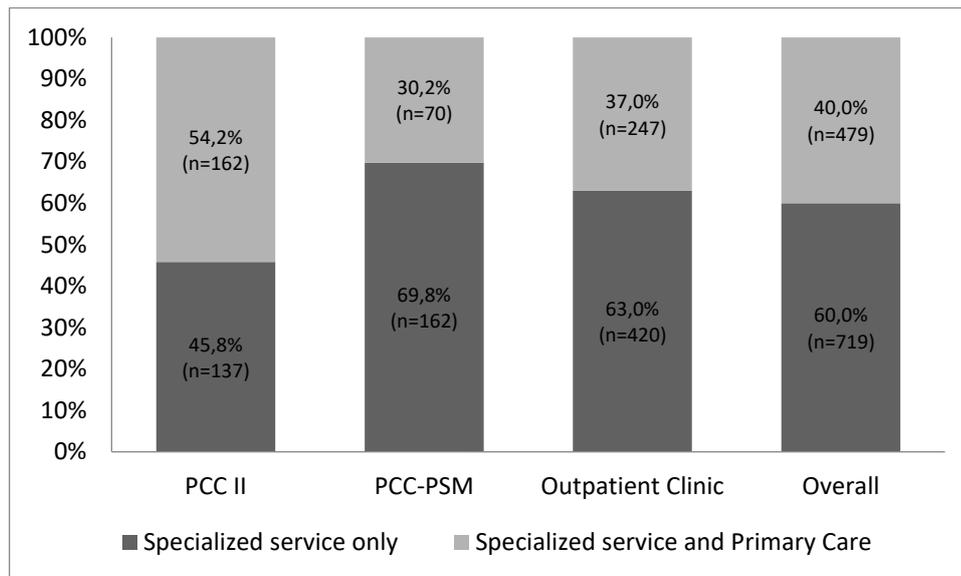
PCC-II: Psychosocial Care Center-II; PCC-PSM: Psychosocial Care Center for Psychoactive Substance Misuse.

Primary Care knowledge of patients

Overall, knowledge by Primary Care of mental health patients treated at outpatient specialized services was calculated to be 40% (n= 479). According to a chi-square test (not in figure), there was evidence ($p < 0.001$) of significant differences in

the prevalence of the outcome among different outpatient specialized services. The prevalence of users who had their mental health issues recorded both in specialized services and Primary Care services according to each studied service are shown in Figure 1.

Figure 1: Prevalence of knowledge by Primary Care about patients with mental health needs treated at specialized outpatient services included in the study (n= 1198).



Source: The authors, 2019. PCC-II: Psychosocial Care Center-II; PCC-PSM: Psychosocial Care Center for Psychoactive Substance Misuse.

The prevalence of the outcome with regard to each of the covariates included in the study was investigated, as well as associations between covariates and the outcome using adjusted and unadjusted logistic regression. The results of these analyses are shown in Table 2.

Table 2: Unadjusted and adjusted^a associations between studied variables and knowledge of the case by Primary Care are provided with the use of Logistic regression models. Odds Ratios (OR) with 95% corresponding confidence intervals (CIs) are presented (n=1198).

	n	%	Unadjusted OR (95%CI)	Adjusted ^a OR (95%CI)
Sex				
Male	511	37.2	1	1
Female	687	42.1	1.22 (0.97-1.55)	1.08 (0.82-1.42)
Age				
18 to 30	303	30.0	1	1
31 to 45	324	43.2	1.77 (1.27-2.46)	1.48 (1.03-2.10)
46 to 60	373	43.2	1.76 (1.28-2.43)	1.45 (1.02-2.07)
61 or more	198	43.9	1.82 (1.25-2.65)	1.56 (1.03-2.36)
Diagnosis				
Neurotic disorders	313	41.8	1	1
Affective disorders (unipolar)	134	44.8	1.12 (0.74-1.69)	0.94 (0.60-1.46)
Affective disorders (bipolar)	69	46.4	1.20 (0.71-2.02)	0.73 (0.40-1.33)
Psychosis	150	50.0	1.38 (0.93-2.05)	0.88 (0.53-1.43)
Psychoactive substance misuse	99	38.4	0.86 (0.54-1.37)	1.03 (0.59-1.80)

Intellectual disability or Organic disorders	68	45.6	1.16 (0.68-1.97)	0.95 (0.54-1.66)
Developmental disorders	33	21.1	0.37 (0.15-0.88)	0.51 (0.20-1.27)
No current diagnosis	332	31.6	0.64 (0.46-0.88)	0.78 (0.54-1.12)
Current service				
PCC-II	299	54.2	1	1
PCC-PSM	232	30.2	0.36 (0.25-0.52)	0.51 (0.30-0.87)
Outpatient Clinic	667	37.0	0.49 (0.37-0.65)	0.59 (0.37-0.92)
Referral source to the current service				
Spontaneous demand	598	35.3	1	1
Primary Care	298	43.6	1.41 (1.06-1.88)	1.30 (0.97-1.76)
Emergency or Hospital services	44	61.4	2.91 (1.55-5.46)	2.22 (1.11-4.45)
Other specialized service	167	51.5	1.94 (1.37-2.75)	1.26 (0.80-1.98)
Private Services	91	27.5	0.69 (0.42-1.13)	0.86 (0.50-1.48)
Time attending the current service				
Up to 1 year	421	34.9	1	1
Up to 3 years	243	42.8	1.39 (1.00-1.92)	1.20 (0.85-1.68)
Up to 5 years	331	39.6	1.22 (0.90-1.64)	1.02 (0.72-1.45)
5+ years	203	47.8	1.70 (1.21-2.39)	1.08 (0.71-1.63)

^a: Adjusted for sex; age; diagnosis; current service; referral source to the current service; time attending the current service.

Evidence was observed for an association between knowledge of patients by Primary Care and older patient age. All age groups over 31 years presented higher odds ratios for the outcome: 31 to 45 (OR: 1.48; 95% CI: 1.03, 2.10); 46 to 60 (OR: 1.45; 95% CI: 1.02, 2.07); 61+ (OR: 1.56; 95% CI: 1.03, 2.36).

After adjustment, there was no evidence for differences in the outcome by diagnosis. However, we did observe an important difference related to the service that users were linked to. Namely, compared to PCC-II patients, we found an inverse association with the outcome among PCC-PSM patients (OR: 0.51; 95% CI: 0.30, 0.87) and Outpatient Clinic patients (OR: 0.59; 95% CI: 0.37, 0.92).

Finally, there was evidence for an association between referral by an emergency or hospital service to the current outpatient service, and knowledge of the case by Primary Care (OR: 2.22; 95% CI: 1.11, 4.45).

DISCUSSION

As far as we are aware, this is the first study to explore and attempt to quantify knowledge by Primary Care of mental health patients treated at outpatient specialized services in Brazil. This study is particularly important in the Brazilian context, given the model of functioning of its mental health network. In contrast to Cuba, Spain and the United Kingdom, middle and high-income countries with a strong gatekeeping role by primary care and very low percentage of direct access (0-2.5%) (Volpe et al., 2015), although the Brazilian health system works on the stepped care model, its specialized outpatient mental health services provide access by spontaneous demand.

Another development that should be highlighted in the Brazilian context is the recent reinsertion of the Outpatient Clinic as a component of the psychosocial care network by Ordinance No. 3588 (instituted December 21, 2017). As a result of psychiatric reform movements, over four decades the Brazilian health system had shifted to operating in a manner more favorable to community mental health services, such as Psychosocial Care Centers. However, due to political disputes in recent years, biomedical practice increasingly dominates mental health care (Onocko-Campos, 2019). In Outpatient Clinics, this has been evidenced, historically, by the hierarchy among professionals and disarticulation among components of the mental health network (Severo & Dimenstein, 2011; Onocko-Campos, 2019).

That mentioned above is relevant to understanding the results of the present study. It is noteworthy that the Outpatient Clinic and the PCC-PSM had the lowest prevalence of mental health patients known to Primary Care, while simultaneously demonstrating the highest percentage of patient intake by spontaneous demand.

Overall, knowledge by Primary Care of mental health patients treated in specialized services was 40%, while among PCC-II patients, the prevalence was 54.2%. In contrast, the Outpatient Clinic, rather than PCC-II, had the highest proportion of patients referred by Primary Care, but a prevalence of mental health patients known to Primary Care of 37%. It should be noted, however, that 47.2% of PCC-II patients were referred by other specialized services, mainly represented by the Outpatient Clinic. This scenario suggests a strongly centralized network at the Outpatient Clinic, which, despite being a specialized service, seems to function as a gateway to mental health care in the municipality studied.

In comparison, the proportion of direct access, (due to spontaneous demand) observed in our study, except for PCC-II, was higher than that found in countries such as Albania (40%), India (40%), Japan (39%) and Romania (39%), countries with the highest proportions of direct access among the 23 countries included in a review of pathways to mental healthcare worldwide (Volpe et al., 2015).

Our criteria for determining the outcome included the recording of complaints related to mental health, a diagnosis report, or the use of psychotropic medications in the Primary Care records. Thus, it is assumed that some patients classified as negative for the outcome may have been assisted for other clinical conditions in Primary Care,

even if their mental health treatment was not considered. Regardless, a scenario where only 40% of patients treated in specialized outpatient mental health services are known to Primary Care is troubling. Integrated teams depend on the exchange of complete, current, up-to-date information to enable independent and collaborative work by members across various professions (Cifuentes et al., 2015).

The National Comorbidity Survey Replication, conducted in the United States of America, found that 68% of adults with mental health disorders also face physical health problems (Alegria et al., 2015). Considering a similar scenario in our context of interest, a lack of awareness by Primary Care regarding mental health patients seen in specialized services may result in patients with mental disorders not having their clinical needs adequately addressed. Alternatively, such a lack of awareness may indicate that the clinical care performed in Primary Care does not consider the totality of the health needs of the patient.

As with Outpatient Clinic patients, PCC-PSM patients were less likely to have their mental health needs known to Primary Care. It is noteworthy that historically, care for users of psychoactive substances has been taboo in Primary Care, as care in Brazil is organized in a territorial manner (Paula et al., 2014; Souza & Ronzani, 2020). This is a problem especially for Community Health Agents (CHA), who are responsible for surveying patient needs (Souza & Ronzani, 2020). Because they, by definition, live in the same community as their patients, these professionals do not wish to be mistaken as informants for the police or drug dealers (Paula et al., 2014). Patients may themselves avoid seeking Primary Care for problems related to the use of psychoactive substances, although they occasionally access the service to obtain clinical health care (Paula et al., 2014; Filho, 2016).

Another important factor is the growing presence of private services, such as Therapeutic Communities, as a component of the pathway to care for patients at the PCC-PSM. While a study conducted in Minas-Gerais, Brazil in 2016 (Trevisan & Castro, 2019) suggested a high prevalence of patients admitted through referral from other public services (44.7%), in addition to spontaneous demand (43.7%), our study identified a proportion of 25.9% of patients referred from private services. This is undoubtedly a topic that needs to be studied in greater depth. Therapeutic Communities promote the absence of the individual from society, are largely religious

in nature, and many of them are not staffed by health professionals (Guimarães & Rosa, 2019). Thus, these services tend to use the equipment of the public health system, such as the PCC-PSM, to validate their treatments, but do not have the intention to integrate with other health network services, especially Primary Care.

In the current study, patients over 31 years of age were more likely to have their mental health needs known to Primary Care. This is in line with data from previous studies on the use of Primary Care (Guibu et al., 2017). Especially due to the higher incidence of chronic diseases, older patients may be more in need of the health care offered in Primary Care (Schenker & Costa, 2019).

We found strong evidence for an association between being referred by an emergency or hospital service and having mental health needs known to Primary Care. These findings draw attention to important contradictions in the country's health network. If, on the one hand, the proportion of referrals by hospital and emergency services was low when compared to those found in studies from the United Kingdom (28.9%) and Spain (24.3%) (Volpe et al., 2015), these referrals only happened after an inability to manage the case by primary care, which was not able to make the referral to the specialized service in a timely manner.

Our results suggest that although the context studied has a matrix support service, it is still incipient and has not been effective in promoting the sharing of cases between different levels of care. There may be several factors that lead to the difficulty of operating this service. A literature review conducted previously (Treichel et al., 2019) suggested that although it has been over 10 years since the implementation of matrix support in the Brazilian health system, it remains common for health networks to face problems such as: 1) lack of clarity in guidelines regarding the sharing of cases; 2) bureaucratization of the referral between services; 3) negative attitudes of professionals in dealing with mental health related issues; and 4) lack of institutionalized space and time for sharing of cases. It is noteworthy that these aspects are also highlighted in the study of international counterparts of this methodology, such as shared care (Kelly et al., 2011).

Nonetheless, it is necessary to consider the important training gap in relation to mental health care experienced by both primary care and specialized care professionals (Treichel et al., 2019). The proportion of hours devoted to the study of

mental health care in undergraduate medical curricula in Brazil is still low. A study conducted in Goiás (Carneiro & Porto, 2014) estimated that this proportion was 1.2% of the total hours of the course. In the field of nursing, a national review of undergraduate courses (Vargas et al., 2018) concluded that the hours allocated to the study of mental health care corresponded to 2.4% in private institutions and 3.5% in public institutions.

Thus, it is necessary to create strategies to address this scenario. In addition to strengthening matrix support teams, bottom-up change should be implemented in order to establish a setting which promotes action by professionals. One important strategy may be to raise awareness and promote training of Primary Care professionals, especially CHA, in identifying cases in a timely manner. It is also crucial for specialized services to improve the counter-referral of patients for Primary Care, thereby improving attainment of patient care and facilitating return of the patient from specialized to Primary Care.

Some limitations should be considered when interpreting our results. First, the incompleteness of data in the medical records limited the inclusion of information that could be relevant to studying the current outcome, such as ethnicity, income, paid work status, information on the screening of chronic diseases, and markers of social support, among others. Second, patients classified as negative for the outcome may have been assisted for other clinical conditions in Primary Care, even if their mental health condition was not considered. Nevertheless, our study provides valuable information for reorienting practice regarding the sharing of cases, both in the context studied and in other locations with similar arrangements.

CONCLUSION

In conclusion, we found evidence to support our hypothesis that a significant proportion of mental health patients seen in specialized services is not known to Primary Care. We observed associations of the outcome with patient age, and with referral source; namely, if patients were referred by an emergency or hospital service. At the same time, we observed an inverse association between the outcome and the patient's affiliation with the Outpatient Clinic or the Psychosocial Care Center for psychoactive substance misuse, suggesting important differences among the studied services and their relationship to the health network.

This study provides relevant information for contexts where access to specialized mental health services occurs in different ways. The results demonstrate that even with the provision of mechanisms for network integration, such as matrix support, groundwork is necessary to ensure that the sharing of cases between primary care and specialized services is effective. We highlight the need to raise awareness among and improve the training of Primary Care professionals, as well as improve the counter-referral of patients from specialized services to primary care.

The study also provides information on the proportion of patients with mental disorders who may not be receiving clinical care, contributing to the worsening of health disparities experienced by this population, especially with regard to psychotic patients and users of psychoactive substances.

REFERENCES

- Alegria M, James S. Jackson, Ronald C. Kessler, & David Takeuchi. (2015). United States National Comorbidity Survey: Replication 2001-2003. Inter-university Consortium for Political and Social Research (ICPSR). <http://ghdx.healthdata.org/record/united-states-national-comorbidity-survey-replication-2001-2003>. Accessed 01 may 2020.
- Amaral, C., Onocko-Campos, R., de Oliveira, P., Pereira, M., Ricci, É., & Pequeno, M. et al. (2018). Systematic review of pathways to mental health care in Brazil: narrative synthesis of quantitative and qualitative studies. *International Journal of Mental Health Systems*, 12(1). doi: 10.1186/s13033-018-0237-8
- Campos, G., & Domitti, A. (2007). Matrix support and reference team: a methodology for interdisciplinary health work management. *Cadernos De Saúde Pública*, 23(2), 399-407. doi: 10.1590/s0102-311x2007000200016
- Campos, G. (1999). Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2), 393-403. doi: 10.1590/s1413-81231999000200013
- Carneiro LA, & Porto CC. (2014). Mental health in undergraduate courses – its interface with National Curriculum Guidelines and with the Psychiatric Reform. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*. 6(14), 150-167.
- Castro CP, & Campos GWS. (2016). Matrix Support as an articulator of interbranch relations between specialized services and primary health care. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 26(2), 455-481. doi: 10.1590/S0103-73312016000200007
- Cifuentes, M., Davis, M., Fernald, D., Gunn, R., Dickinson, P., & Cohen, D. (2015). Electronic Health Record Challenges, Workarounds, and Solutions Observed in Practices Integrating Behavioral Health and Primary Care. *The Journal of The American Board of Family Medicine*, 28(Supplement 1), S63-S72. doi: 10.3122/jabfm.2015.s1.150133

- Cubillos, L., Bartels, S., Torrey, W., Naslund, J., Uribe-Restrepo, J., & Gaviola, C. et al. (2020). The effectiveness and cost-effectiveness of integrating mental health services in primary care in low- and middle-income countries: systematic review. *Bjpsych Bulletin*, 1-13. doi: 10.1192/bjb.2020.35
- Filho AJT. (2016). Approach to drug use in Primary Care – an awareness. *Revista Médica de Minas Gerais*, 26(Supplement 8): S11-S14.
- Guibu, I., Moraes, J., Guerra Junior, A., Costa, E., Acurcio, F., & Costa, K. et al. (2017). Main characteristics of patients of primary health care services in Brazil. *Revista De Saúde Pública*, 51(suppl.2). doi: 10.11606/s1518-8787.2017051007070
- Guimaraes, TAA., & Rosa, LCS. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. *O Social em Questão*, 44(2), 111-138.
- Hirdes, A., & Silva, M. (2014). Matrix support: a way to mental health and primary health care integration. *Saúde Em Debate*, 38(102). doi: 10.5935/0103-1104.20140054
- Integrated Health COE - National Council. (2020). A Standard Framework for Levels of Integrated Healthcare. <https://www.thenationalcouncil.org/integrated-health-coe/> Accessed 3 May 2020.
- Kates, N., Arroll, B., Currie, E., Hanlon, C., Gask, L., & Klasen, H. et al. (2018). Improving collaboration between primary care and mental health services. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 20(10), 748-765. doi: 10.1080/15622975.2018.1471218
- Kelly, B., Perkins, D., Fuller, J., & Parker, S. (2011). Shared care in mental illness: A rapid review to inform implementation. *International Journal of Mental Health Systems*, 5(1), 31. doi: 10.1186/1752-4458-5-31
- Onocko-Campos, R., Amaral, C., Saraceno, B., de Oliveira, B., Treichel, C., & Delgado, P. (2018). Functioning of Psychosocial Care centers in four cities in Brazil. *Revista Panamericana De Salud Pública*, 42. doi: 10.26633/rpsp.2018.113
- Onocko-Campos, R. (2019). Mental health in Brazil: strides, setbacks, and challenges, 35(11). doi: 10.1590/0102-311x00156119
- Paula ML, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, & Albuquerque RA. (2014). Assistance to the drug user in the primary health care. *Psicologia em Estudo*, 19(2), 223-233. doi: 10.1590/1413-737222025006
- Schenker, M., & Costa, D. (2019). Advances and challenges of health care of the elderly population with chronic diseases in Primary Health Care. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(4), 1369-1380. doi: 10.1590/1413-81232018244.01222019
- Severo, A., & Dimenstein, M. (2011). Network and intersectorality in the psychosocial attention: contextualizing the role of the mental health clinic. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(3), 640-655. doi: 10.1590/s1414-98932011000300015

- Souza, F., & Ronzani, T. (2018). Challenges to Harm Reduction Practices in Primary Health Care. *Psicologia Em Estudo*, 23, 59-68. doi: 10.4025/psicolestud.v23i0.37383
- Treichel, C., Campos, R., & Campos, G. (2019). The consolidation and effectiveness of matrix support in mental health in Brazil - bottlenecks and challenges. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 23. doi: 10.1590/interface.180617
- Trevisan, E., & Castro, S. (2019). Psychosocial Care Centers - alcohol and drugs: users' profile. *Saúde Em Debate*, 43(121), 450-463. doi: 10.1590/0103-1104201912113
- Vannucchi, A., & Carneiro Junior, N. (2012). Technical model and performance of the psychiatrist in the field of primary health care (PHC) in the current context of the Unified Health System (SUS), Brazil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 22(3), 963-982. doi: 10.1590/s0103-73312012000300007
- Vargas, D., Maciel, M., Bittencourt, M., Lenate, J., & Pereira, C. (2018). Teaching psychiatric and mental health nursing in Brazil: curricular analysis of the undergraduation course. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 27(2). doi: 10.1590/0104-070720180002610016
- Volpe, U., Mihai, A., Jordanova, V., & Sartorius, N. (2015). The pathways to mental healthcare worldwide. *Current Opinion In Psychiatry*, 28(4), 299-306. doi: 10.1097/ycp.000000000000164
- WHO (World Health Organization). (2010). *MhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: Mental Health Gap Action Programme (mhGAP)*. Geneva.

ARTIGO 3

MANUSCRIPT CATEGORY:

Original article

TITLE:

Determinants of timely access to Specialized Mental Health Services and maintenance of a link with Primary Care: A cross-sectional study.

SHORT RUNNING TITLE:

Mental health services integration

KEYWORDS:

Pathways to Care; Mental Health; Community Mental Health Services; Primary Care.

WORD COUNT:

xxxx words

AUTHORS:

Carlos Alberto dos Santos Treichel, MHSc, B.ScN, PhD candidate. Department of Collective Health, School of Medical Sciences, University of Campinas, Campinas, Brazil. <https://orcid.org/0000-0002-0440-9108>

Ioannis Bakolis, PhD, MSc, BSc. Senior Lecturer, Department of Biostatistics and Health Informatics, Health Services and Population Research Department, Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College London, UK. <https://orcid.org/0000-0002-4800-1630>

Rosana Teresa Onocko Campos, PhD, M.Sc, MD. Associate Professor, Department of Collective Health, School of Medical Sciences, University of Campinas, Campinas, <https://orcid.org/0000-0003-0469-5447>

CORRESPONDING AUTHOR:

Carlos Alberto dos Santos Treichel. Department of Collective Health, School of Medical Sciences, University of Campinas, St. Tessália Vieira de Camargo, 126. Cidade Universitária Zeferino Vaz. Zip code 13083-887 – Campinas, SP, Brazil. Email: carlos-treichel@hotmail.com. Phone: +551935218933.

AUTHOR CONTRIBUTIONS:

CAST worked on the conception and design of the study, analysis and interpretation of data, writing and critical review of the manuscript. IB worked on the conception and design of the study, analysis and interpretation of data and critical review of the

manuscript. RTOC worked on the conception and design of the study, interpretation of data and critical review of the manuscript.

ACKNOWLEDGMENTS:

This study was partly funded by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001. The research that originated this study was funded by the Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), process nº 2018/10366-6.

CONFLICT OF INTEREST:

The authors declare that there is no conflict of interest that could be perceived as prejudicing the impartiality of the research reported.

FUNDING:

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) – Finance Code 001; Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), process nº 2018/10366-6.

ETHICAL PROCEDURES:

The study was approved by an accredited Ethics Committee, following the Brazilian regulatory standards and guidelines for research involving human beings (CNS Resolution 466/2012). It was similarly in accordance with the provisions of the Declaration of Helsinki.

DETERMINANTS OF TIMELY ACCESS TO SPECIALIZED MENTAL HEALTH SERVICES AND MAINTENANCE OF A LINK WITH PRIMARY CARE: A CROSS-SECTIONAL STUDY.

ABSTRACT: Although it is known that several factors may influence the access to specialized care, the factors related to the maintenance of a link with Primary Care by patients who accessed Specialized Mental Health Services (SMHS) remain unknown. The aim of this study was to evaluate the determinants of timely access to SMHS and maintenance of a link with Primary Care. This is a cross-sectional study, conducted with 341 users of SMHS at outpatient and community level in a medium-sized city in Brazil. Associations between the outcomes and the other variables were explored with the use of Poisson regression models with robust variance estimators. Among the factors associated with the study outcomes, those related to the organization of services and the movement between them were noteworthy. Patients referred by Primary Care were less likely to access specialized services in a timely manner (RR: 0.61; 95% CI: 0.40, 0.93). However, the referral of cases by Primary Care (RR: 1.38; 95% CI: 1.06, 1.79) and follow-up with visits by Community Health Agents (RR: 1.26; 95% CI: 1.04, 1.53) appeared to favor maintenance of the patient-Primary Care link. This study reinforces the idea that integration between Primary Care and SMHS should be strengthened, both to reduce waiting times for between-service referrals and benefit continuity of care.

Keywords: Pathways to Care; Mental Health; Community Mental Health Services; Primary Care.

INTRODUCTION

The study of pathways to mental health care is an important means of understanding how health systems work and which parts of the pathways that need to be targeted by initiatives to support timely access to specialized programs. A systematic review of pathways to mental health care in 23 countries (Volpe et al., 2015) pointed out that considerable variations of pathways to mental healthcare across different countries still exist and the role of Primary Care doctors and social networks still represent an unsolved issue.

Data obtained by pathways to mental health care studies may play a crucial role in formulating mental health policies and in the organization of psychiatric services (Evans-Lacko et al., 2008). However, this type of study is still emerging in low and middle-income countries, especially in Latin America. While studies are found in Cuba and Mexico (Gater et al., 1991), a systematic review conducted in Brazil (Amaral et al., 2018) indicated that few quantitative studies have addressed specific stages of pathways to mental health care in the country.

It is estimated that 6.9 million Brazilians (3.3%) present severe and persistent mental health disorders requiring intensive and continuous mental health care (GBD, 2016), while an additional 30.2 million (14.5%) present mild or moderate mental health disorders requiring occasional treatment in specialized services (WHO, 2017). Despite that, as observed in other countries, there is still an important treatment gap, with the lack of trained professionals to provide mental health care in Primary Care and the low integration with the mental health network being the main challenges (Onocko-Campos et al., 2018).

A study conducted in the largest of Brazil's metropolitan areas found that in the last 12 months, just one in five adults with any psychiatric disorder used a mental health service, and only one in ten consulted a psychiatrist (Wang et al., 2016). This study also showed that specialized services delivered more appointments than Primary Care and that a greater proportion of individuals received a minimum threshold of adequacy in specialized care as compared to Primary Care.

Although access to specialized services is one of the main components of the study of pathways to mental health care, another aspect that needs to be explored in greater depth concerns to the continuity of the patient's link with Primary Care. Studies have shown that after accessing specialized services, many patients lose their link with Primary Care (Vanucci et al., 2012; Treichel et al., 2019), which can lead to neglect of physical health conditions and poor clinical outcomes (De-Hert et al., 2011).

It is known that several factors may influence the access to specialized care, such as: age, gender, ethnicity, beliefs about mental illness, family involvement in help seeking, geographical characteristics and aspects related to the arrangement of the systems of care (e.g. referral route and service structure) (Ferrari et al., 2016). On the

other hand, the factors related to the maintenance of a link with Primary Care by users who accessed specialized mental health services remain unknown.

In the face of that, the aim of the current study is to fill this gap in the literature and evaluate the determinants both of timely access to Specialized Mental Health Services and the maintenance of a link with Primary Care in a medium-sized city in the state of São Paulo, Brazil.

METHODS

Study design and Sample

We conducted a cross-sectional study from August to November 2019 with users from three Outpatient Mental Health Care Services in the municipality of Itatiba, located approximately 80 km from the state capital of São Paulo. This city is part of the Metropolitan Region of Campinas, and according to the last census, the estimated population in 2019 was 120,858 inhabitants (IBGE, 2019). The city has 19 Primary Care services, and in addition to hospital and emergency services, there are three Outpatient Services providing mental health care to the population. These services are the Psychosocial Care Center II (PCC-II), the Psychosocial Care Center for Psychoactive Substance Misuse (PCC-PSM), and an Outpatient Clinic. According to data collected in a prior survey, 1,958 users were attending these services during the study period.

The selection of participants was carried out by simple random sampling. From a list of outpatient service users, the medical records of 386 users who met inclusion criteria were selected, contacted by telephone, and invited to take part in the study. Inclusion criteria were being >18 years of age and being enrolled in the service for at least one month. Individuals were excluded from the study if they reported having received a diagnosis of intellectual disability, which could compromise their ability to answer the questionnaire.

Contact with participants was initially made by telephone, at which time they were informed of their right to not participate in the research if they did not wish to do so, to cease participating in the research at any time, and to remain anonymous. Data collection was carried out in the service facilities between August and November 2019.

Data collection by questionnaire was scheduled to take place on days when patients were already attending the service for appointments or to participate in some other activity. Questionnaires were administered by six psychology undergraduate students, one physician, and one social worker. These individuals were included in the study through a selective process and received training in the application of the questionnaires.

Before applying the questionnaire, the study consent form was read aloud to the participant by the questionnaire's administrator. Participants signed the consent form after being afforded the opportunity to have any questions answered.

Measures

Timely care in Specialized Mental Health Service was defined as the user having been attended within 15 days following referral. Maintenance of a link with Primary Care after treatment at a Specialized Mental Health Service was defined as at least one contact with Primary Care services in the last 6 months, following the initial visit to the Specialized Mental Health Service.

Covariates

The independent variables included in this study were: sex (female; male); ethnicity (white; mixed race; black); age (18-30; 31-45; 46-60; 61+); schooling (0 to 4 years; 5 to 8 years; 9+ years); paid work status (unemployed; employed); per capita income (<0.5 minimum wage; 0.5 to 1 minimum wage; >1 minimum wage); diagnosis (affective and neurotic disorders; psychosis; psychoactive substance misuse; as yet undiagnosed); identification of the need for mental health care (in a crises situation; self-diagnosis followed by spontaneous demand; indicated by family and friends; in an appointment for general complaints); time until first appointment (up to 7 days; up to 30 days; up to 90 days; up to 1 year; >1 year); first appointment service (Primary Care; emergency or hospital services; outpatient clinic; Psychosocial Care Centers; private services); referral source for current service (spontaneous demand; Primary Care; emergency or hospital services; outpatient clinic; private services); time to access the current service (up to 7 days; up to 30 days; up to 60 days; >60 days); time attending the current service (up to 1 year; up to 3 years; up to 5 years; >5 years); previous mental health care in Primary Care (did not receive; received); Community Health

Agent (CHA) visits (does not receive; does receive); and social support perception (weak; regular; strong).

Statistical analysis

Statistical analyses were conducted using Stata 15 (Stata Corporation, College Station, Texas USA). In addition to their occurrence in the overall study population, the prevalence of both outcomes was calculated with an estimated 95% confidence interval for each of the covariates.

A weighting calibration procedure was used to reduce sample bias in relation to sex and age of the studied population. Sample weights were based on results obtained by a previous survey carried out between May and July 2019, as documented in service records.

Associations of timely care in Specialized Mental Health Services, and maintenance of a link with Primary Care with study covariates were tested using unadjusted and adjusted Poisson regression models with robust variance estimators. The adjusted analysis was carried out by the selection of confounders using forward stepwise selection among the study covariates. The selection criterion for inclusion was a p-value ≤ 0.20 (Maldonado & Greenland, 1993).

Regarding the outcome 'timely care in Specialized Mental Health Services' the covariates selected as potential confounders were sex, schooling, per capita income, paid work status, diagnosis, identification of the need for mental health care, time until first appointment, and first appointment service. Covariates were adjusted among themselves, and with each of the other covariates.

Regarding the outcome 'maintenance of a link with Primary Care', potential confounders were sex, ethnicity, paid work status, diagnosis, source of referral to the current service, previous mental health care in Primary Care, CHA visits, and social support. Similarly, they were adjusted among themselves, and with each of the other covariates.

Ethical procedures

The study was approved by an accredited Ethics Committee, following the Brazilian regulatory standards and guidelines for research involving human beings

(CNS Resolution 466/2012). It was similarly in accordance with the provisions of the Declaration of Helsinki.

RESULTS

Characterization of participants

A total of 341 users of Specialized Mental Health Services were interviewed, of which 33.7% (n=115) were from PCC-II, 34.0% (n=116) were from PCC-PSM, and 32.3% were from the Outpatient Clinic. The characterization of participants according to study variables is shown in Table 1. Variables with missing data were per capita income, time until the first appointment, and time to access the current service. Missing observations numbered 18, 19, and 11, respectively.

Table 1: Characterization of participants included in the study (n= 341).

	n	Prevalence (95% CI)
Sex		
Female	165	48.4 (43.1-53.7)
Male	176	51.6 (46.3-56.9)
Ethnicity		
White	190	55.7 (50.4-60.9)
Mixed race	119	34.9 (30.0-40.1)
Black	32	9.4 (6.7-12.9)
Age		
18-30	44	12.9 (9.5-16.9)
31-45	113	33.1 (28.3-38.3)
46-60	124	36.4 (31.4-41.6)
61+	60	17.6 (13.9-21.9)
Schooling		
0 to 4 years	65	19.1 (15.2-23.6)
5 to 8 years	144	42.2 (37.1-47.5)
9+ years	132	38.7 (33.7-44.0)
Paid work status		
Unemployed	264	77.4 (73.6-82.3)
Employed	77	22.6 (18.5-27.3)
Per capita income^a		
<0.5 minimum wage	80	24.8 (20.4-29.7)
0.5 to 1 minimum wage	155	48.0 (42.6-53.4)
>1 minimum wage	88	27.2 (22.7-32.3)
Diagnosis		
Affective and neurotic disorders	122	35.8 (30.9-41.0)
Psychosis	74	21.7 (17.6-26.4)
Psychoactive substance misuse	83	24.3 (20.1-29.2)
As yet undiagnosed	62	18.2 (14.4-22.6)
Identification of the need for mental health care		
In a crises situation	127	37.2 (32.3-42.5)
Self diagnosis followed by spontaneous demand	95	27.9 (23.4-32.8)
indicated by family and friends	74	21.7 (17.6-26.4)
In an appointment for general complaints	45	13.2 (10.0-17.2)
Time until first appointment^b		
Up to 7 days	116	36.0 (31.0-41.4)
Up to 30 days	75	23.3 (19.0-28.2)
Up to 90 days	52	16.1 (12.5-20.6)
Up to 1 year	37	11.5 (8.4-14.4)
>1 year	42	13.1 (10.0-17.2)
First appointment service		
Primary Care	45	13.2 (10.0-17.2)
Emergency or Hospital services	45	13.2 (10.0-17.2)
Outpatient Clinic	99	29.0 (24.5-34.1)
Psychosocial Care Centers	78	22.9 (18.7-27.6)
Private Services	74	21.7 (18.7-27.6)
Referral source for the current service		

Spontaneous demand	116	34.0 (29.2-39.2)
Primary Care	75	22.0 (17.9-26.7)
Emergency or Hospital services	38	11.1 (8.2-14.9)
Outpatient Clinic	77	22.6 (18.5-27.3)
Private Services	35	10.3 (7.5-13.9)
Time to access the current service^c		
Up to 7 days	161	48.8 (43.4-54.2)
Up to 30 days	99	30.0 (25.3-35.1)
Up to 60 days	37	11.2 (8.2-15.1)
>60 days	33	10.0 (7.2-13.7)
Time attending the current service		
Up to 1 year	119	34.9 (30.0-40.1)
Up to 3 years	60	17.6 (13.9-22.0)
Up to 5 years	45	13.2 (10.0-17.2)
>5 years	117	34.3 (29.5-39.5)
Previous mental health care in Primary Care		
Did not receive	212	62.2 (56.9-67.1)
Received	129	37.8 (32.8-43.1)
CHA visits		
Does not receive	206	60.4 (55.1-65.5)
Does receive	135	39.6 (34.5-44.9)
Social support perception		
Weak	59	17.3 (13.7-21.7)
Regular	137	40.2 (35.1-45.5)
Strong	145	42.5 (37.4-47.8)

^a: n= 323. ^b: n= 322. ^c: n= 330.

The characterization of patients according to the service to which they are linked is presented as supplementary material.

Timely care in Specialized Mental Health Services

Information related to this outcome was obtained for 330 (96.8%) participants. The prevalence of timely care in Specialized Mental Health Services (i.e. the user having been attended within 15 days of referral) was 60.0% (95% CI: 54-65). The prevalence of this outcome with respect to each of the variables included in the study, as well as unadjusted and adjusted relative risk values, are shown in Table 2.

Table 2: Unadjusted and adjusted^a associations between studied variables and timely access to care in Specialized Mental Health Services are provided with the use of Poisson regression models. Relative risks (RR) with 95% corresponding confidence intervals (CIs) are presented (n=330).

	n	Prevalence (95%CI)	Unadjusted RR (95%CI)	Adjusted ^a RR (95%CI)
Sex				
Female	160	47.5 (39.9-55.2)	1	1
Male	170	71.8 (64.6-78.0)	1.49 (1.21-1.83)	1.13 (0.91-1.39)
Ethnicity				
White	184	54.9 (47.7-61.9)	1	1
Mixed race	115	67.8 (58.8-75.7)	1.31 (1.07-1.59)	1.13 (0.95-1.36)
Black	31	61.3 (43.8-76.3)	1.08 (0.75-1.55)	0.82 (0.63-1.08)
Age				
18-30	43	69.8 (54.9-81.4)	1	1
31-45	110	65.4 (56.2-73.7)	0.91 (0.71-1.16)	0.98 (0.78-1.23)
46-60	119	59.7 (50.7-68.0)	0.84 (0.66-1.08)	0.95 (0.73-1.23)
61+	58	43.1 (31.2-55.9)	0.61 (0.43-0.88)	0.87 (0.60-1.26)
Schooling				
0 to 4 years	64	78.1 (66.6-86.5)	1	1
5 to 8 years	138	60.9 (52.5-68.6)	0.86 (0.69-1.07)	0.89 (0.70-1.13)

9+ years	128	50.0 (41.5-58.5)	0.66 (0.51-0.86)	0.79 (0.60-1.03)
Paid work status				
Unemployed	253	60.5 (54.3-66.3)	1	1
Employed	77	58.4 (47.3-68.8)	1.05 (0.84-1.31)	1.15 (0.93-1.41)
Per capita income*				
<0.5 minimum wage	78	66.7 (55.6-76.1)	1	1
0.5 to 1 minimum wage	151	61.6 (53.6-68.9)	0.96 (0.77-1.19)	0.82 (0.66-1.03)
>1 minimum wage	86	51.2 (40.8-61.4)	0.72 (0.54-0.98)	0.74 (0.55-0.99)
Diagnosis				
Affective and neurotic disorders	119	37.8 (29.6-46.8)	1	1
Psychosis	69	68.1 (56.4-77.9)	1.77 (1.30-2.40)	1.47 (1.06-2.04)
Psychoactive substance misuse	80	82.5 (72.7-89.3)	2.18 (1.67-2.84)	1.70 (1.24-2.32)
As yet undiagnosed	40	64.5 (52.1-75.3)	1.62 (1.17-2.24)	1.31 (0.93-1.83)
Identification of the need for mental health care				
In a crises situation	124	66.1 (57.4-73.9)	1	1
Self diagnosis followed by spontaneous demand	93	55.9 (45.8-65.6)	0.77 (0.60-0.99)	0.86 (0.68-1.08)
indicated by family and friends	70	71.4 (59.9-80.7)	1.07 (0.87-1.32)	1.08 (0.85-1.36)
In an appointment for general complaints	43	32.6 (20.5-47.5)	0.44 (0.27-0.74)	0.53 (0.32-0.87)
Time until first appointment**				
Up to 7 days	114	80.7 (72.5-86.9)	1	1
Up to 30 days	74	50.0 (38.9-61.1)	0.56 (0.42-0.74)	0.70 (0.53-0.93)
Up to 90 days	51	39.2 (27.0-52.9)	0.46 (0.31-0.68)	0.46 (0.31-0.68)
Up to 1 year	34	29.4 (16.8-46.2)	0.42 (0.24-0.73)	0.43 (0.25-0.74)
>1 year	40	75.0 (59.8-85.8)	0.93 (0.75-1.15)	0.79 (0.61-1.01)
First appointment service				
Primary Care	45	40.0 (27.0-54.5)	1	1
Emergency or Hospital services	44	59.1 (44.4-72.3)	1.34 (0.83-2.16)	1.00 (0.62-1.59)
Outpatient Clinic	94	50.0 (40.1-59.9)	1.16 (0.75-1.80)	1.42 (0.94-2.13)
Psychosocial Care Centers	76	84.2 (74.4-90.7)	2.13 (1.45-3.13)	1.33 (0.89-1.97)
Private Services	71	60.6 (48.9-71.1)	1.39 (0.90-2.15)	1.13 (0.73-1.76)
Referral source for the current service				
Spontaneous demand	110	72.7 (63.7-80.2)	1	1
Primary Care	74	35.1 (25.2-46.5)	0.51 (0.36-0.72)	0.61 (0.40-0.93)
Emergency or Hospital services	37	48.6 (33.4-64.1)	0.52 (0.41-0.94)	0.86 (0.57-1.29)
Outpatient Clinic	74	68.9 (57.7-78.3)	0.99 (0.82-1.21)	1.01 (0.79-1.28)
Private Services	35	65.7 (49.1-79.1)	0.85 (0.63-1.17)	0.84 (0.63-1.13)
Time attending the current service				
Up to 1 year	114	69.3 (60.3-77.0)	1	1
Up to 3 years	59	50.8 (38.4-63.2)	0.71 (0.52-0.98)	0.75 (0.58-0.98)
Up to 5 years	43	48.8 (34.6-63.2)	0.66 (0.45-0.97)	0.80 (0.54-1.19)
>5 years	114	59.6 (50.5-68.2)	0.87 (0.71-1.08)	1.06 (0.82-1.38)

^a: Adjusted by sex; schooling; per capita income; diagnosis; identification of the need for mental health care; time until first appointment; first appointment service.

There was evidence of an association of timely care in Specialized Mental Health Services and the diagnosis of psychosis (RR: 1.47; 95% CI: 1.06, 2.04) and psychoactive substance misuse (RR: 1.70; 95% CI: 1.24, 2.32).

At the same time, we identified an inverse association of timely care in Specialized Mental Health Services with the following outcomes: higher per capita income (RR: 0.74; 95% CI: 0.55, 0.99); having their need for mental health care identified in an appointment for general complaints (RR: 0.53; 95% CI: 0.32, 0.87); having been referred to the current service by Primary Care (RR: 0.61; 95% CI: 0.40, 0.93); and having attended the current service for up to 3 years.

Time until the first appointment was also inversely associated with timely care in Specialized Mental Health Services. Except for those who took more than one year to attend their first appointment, patients who waited more than 7 days to be attended demonstrated decreased risk of the outcome in comparison to those waiting up to 30 days (RR: 0.70; 95% CI: 0.53, 0.93), up to 90 days (RR: 0.46; 95% CI: 0.31, 0.68), or up to one year (RR: 0.43; 95% CI: 0.25, 0.74).

Maintenance of a link with Primary Care

Information related to this outcome was obtained for all participants. The prevalence of maintaining a link with Primary Care (i.e. having attended Primary Care services at least once in the last 6 months) was 56.9% (95% CI: 51-62) for the whole sample. The prevalence of this outcome by study covariate, as well as unadjusted and adjusted relative risks, are given in Table 3.

Table 3: Unadjusted and adjusted^a associations between studied variables and maintaining the link with Primary Care are provided with the use of Poisson regression models. Relative risks (RR) with 95% corresponding confidence intervals (CIs) are presented (n=330).

	n	Prevalence (95%CI)	Unadjusted OR (95%CI)	Adjusted ^a OR (95%CI)
Sex				
Female	165	69.1 (61.8-75.6)	1	1
Male	176	45.4 (38.3-52.8)	0.66 (0.53-0.82)	0.82 (0.67-0.99)
Ethnicity				
White	190	59.5 (52.4-66.2)	1	1
Mixed race	119	58.8 (49.8-67.3)	0.96 (0.77-1.19)	0.95 (0.78-1.16)
Black	32	34.4 (20.4-51.6)	0.69 (0.43-1.11)	0.80 (0.50-1.29)
Age				
18-30	44	50.0 (34.8-64.2)	1	1
31-45	113	53.1 (0.43-0.62)	1.10 (0.78-1.55)	1.00 (0.75-1.34)
46-60	124	60.5 (51.7-68.6)	1.22 (0.87-1.69)	1.09 (0.83-1.44)
61+	60	61.7 (49.0-72.9)	1.23 (0.86-1.77)	0.97 (0.71-1.33)
Schooling				
0 to 4 years	65	60.0 (47.9-71.0)	1	1
5 to 8 years	144	58.3 (50.2-66.1)	0.95 (0.72-1.24)	1.05 (0.80-1.37)
9+ years	132	53.8 (45.3-62.1)	0.94 (0.71-1.23)	0.99 (0.76-1.30)
Paid work status				
Unemployed	264	60.2 (54.2-65.9)	1	1
Employed	77	45.4 (34.8-56.5)	0.74 (0.55-0.99)	0.78 (0.60-1.00)
Per capita income*				
<0.5 minimum wage	80	61.2 (50.3-71.2)	1	1
0.5 to 1 minimum wage	155	54.8 (47.0-62.5)	0.89 (0.69-1.15)	0.91 (0.73-1.14)
>1 minimum wage	88	61.4 (50.9-70.9)	1.05 (0.80-1.37)	1.09 (0.85-1.40)
Diagnosis				
Affective and neurotic disorders	122	72.1 (63.6-79.3)	1	1
Psychosis	74	55.4 (44.1-66.2)	0.66 (0.50-0.87)	0.69 (0.52-0.91)
Psychoactive substance misuse	83	36.1 (26.6-46.9)	0.47 (0.33-0.66)	0.57 (0.41-0.80)
As yet undiagnosed	62	56.4 (44.1-68.1)	0.76 (0.58-0.98)	0.84 (0.66-1.07)
Identification of the need for mental health care				
In a crises situation	127	59.1 (50.4-67.2)	1	1

Self diagnosis followed by spontaneous demand	95	55.8 (45.8-65.4)	1.01 (0.78-1.30)	0.92 (0.72-1.17)
indicated by family and friends	74	45.9 (35.1-57.2)	0.84 (0.61-1.15)	0.86-0.65-1.15)
In an appointment for general complaints	45	71.1 (56.6-82.3)	1.26 (0.97-1.65)	1.09 (0.83-1.44)
Time until first appointment**				
Up to 7 days	116	54.3 (45.2-63.1)	1	1
Up to 30 days	75	65.3 (54.0-75.1)	1.19 (0.92-1.55)	1.00 (0.78-1.27)
Up to 90 days	52	53.8 (40.5-66.7)	1.02 (0.74-1.41)	0.93 (0.69-1.25)
Up to 1 year	37	54.0 (38.4-69.0)	1.04 (0.72-1.50)	0.83 (0.59-1.17)
>1 year	42	54.8 (39.9-68.8)	1.00 (0.70-1.41)	1.07 (0.77-1.47)
First appointment service				
Primary Care	45	71.1 (56.6-82.3)	1	1
Emergency or Hospital services	45	48.9 (35.0-63.0)	0.62 (0.42-0.92)	1.09 (0.72-1.66)
Outpatient Clinic	99	66.7 (56.9-75.2)	0.86 (0.67-1.09)	1.19 (0.90-1.57)
Psychosocial Care Centers	78	43.6 (33.1-54.6)	0.55 (0.39-0.78)	1.10 (0.75-1.61)
Private Services	74	54.0 (42.8-64.9)	0.76 (0.57-1.01)	1.19 (0.88-1.61)
Referral source for the current service				
Spontaneous demand	116	43.1 (34.4-52.2)	1	1
Primary Care	75	73.3 (62.4-82.0)	1.75 (1.32-2.30)	1.38 (1.06-1.79)
Emergency or Hospital services	38	55.3 (19.7-69.8)	1.38 (0.95-2.02)	1.17 (0.81-1.68)
Outpatient Clinic	77	59.7 (48.6-70.0)	1.39 (1.01-1.90)	1.31 (0.98-1.75)
Private Services	35	62.9 (46.3-76.8)	1.57 (1.11-2.23)	1.66 (1.19-2.32)
Time to access the current service***				
Up to 7 days	161	47.2 (39.6-54.9)	1	1
Up to 30 days	99	66.7 (56.9-75.2)	1.50 (1.18-1.90)	1.04 (0.81-1.34)
Up to 60 days	37	64.9 (48.8-78.2)	1.39 (1.00-1.93)	1.07 (0.79-1.45)
>60 days	33	69.7 (52.6-82.6)	1.55 (1.14-2.11)	0.93 (0.67-1.29)
Time attending the current service				
Up to 1 year	119	50.4 (41.6-59.2)	1	1
Up to 3 years	60	45.0 (33.1-57.5)	0.84 (0.59-1.21)	0.84 (0.62-1.15)
Up to 5 years	45	57.8 (43.3-71.0)	1.13 (0.82-1.56)	1.00 (0.72-1.38)
>5 years	117	69.2 (60.4-76.9)	1.22 (0.96-1.55)	1.11 (0.89-1.39)
Previous mental health care in Primary Care				
Did not receive	212	48.6 (41.9-55.3)	1	1
Received	129	70.5 (62.2-77.7)	1.47 (1.21-1.79)	1.12 (0.92-1.38)
CHA visits				
Does not receive	206	49.0 (42.3-55.8)	1	1
Does receive	135	68.9 (60.6-76.1)	1.37 (1.12-1.67)	1.26 (1.04-1.53)
Social support perception				
Weak	59	76.3 (64.0-85.3)	1	1
Regular	137	56.9 (48.6-64.9)	0.73 (0.58-0.91)	0.80 (0.65-0.99)
Strong	145	49.0 (41.0-57.0)	0.62 (0.49-0.89)	0.73 (0.58-0.91)

^a: Adjusted by sex; ethnicity; paid work status; diagnosis; referral source to the current service; previous mental health care in Primary Care; CHA visits; social support.

We identified evidence of an association between the outcome 'maintenance of a link with Primary Care' and the referral for current service by Primary Care (RR: 1.38; 95% CI: 1.06, 1.79) and Private Services (RR: 1.66; 95% CI: 1.19, 2.32). There was also an association between the outcome and receiving visits from Community Health Agents (CHA) (RR: 1.26; 95% CI: 1.04, 1.53).

In contrast, an inverse association was found between the outcome and male sex (RR: 0.82; 95% CI: 0.67, 0.99), being employed (RR: 0.78; 95% CI: 0.60, 1.00), having a diagnosis of psychosis (RR: 0.69; 95% CI: 0.52, 0.91) or psychoactive substance misuse (RR: 0.57; 95% CI: 0.41, 0.80), and a greater perception of social

support: regular (RR: 0.80; 95% CI: 0.65, 0.99), or strong (RR: 0.73; 95% CI: 0.58, 0.91).

DISCUSSION

This is the first study to investigate the determinants of timely access to Specialized Mental Health Services and maintenance of a link with Primary Care in Brazil. Such work augments the current evidence-base and provides further evidence for understanding the factors that affect patient's experiences in a complex mental health network with different forms of access and the aspects that foster continuity of care.

While being referred by Primary Care to the specialized service was negatively associated with timely access, this was positively associated with maintaining the link with Primary Care. Also, in relation to the diagnosis, it can be observed that patients diagnosed with psychosis and psychoactive substance misuse were more likely to access specialized services in a timely manner, however, they were less likely to maintain the link with Primary Care. These findings contribute to the global discussion about two important challenges for better mental health care, the low integration between Primary Care services and specialized services (Petersen et al., 2019) and the barriers of access that individuals with mental health and/or substance use issues face in Primary Care (Ross et al., 2015).

Previous studies have also indicated that Primary Care contact was associated with longer delays accessing specialized mental health care (Volpe et al., 2015; Anderson et al., 2012). However, at the same time, this type of contact was associated with better pathways to care, fewer contacts with emergency services, and greater adherence to specialized services (Anderson et al., 2012). It appears, therefore, that the need for training Primary Care workers in the detection and management of mental health cases should be reinforced, as should be efforts to integrate the mental health care network.

Globally, several efforts have been made to establish greater integration between specialized services and Primary Care. In countries such as the United Kingdom, Spain and Canada, initiatives such as shared or collaborative care aims to

link professionals and to develop strategies to collect and share information on the progress of patients (Treichel et al., 2019).

It should be considered that in addition to enhancing the identification and management of mental health cases, the strengthening of these strategies could help in solving another major problem of the mental health care networks; namely, the low return of users to Primary Care levels. Previous studies have suggested that continuity of care is a critical issue when referring patients from specialized care back to Primary Care, as few people appear to reach Primary Care centers after referral (Amaral et al., 2018; WHO, 2010).

In a study conducted in the United States with patients of a community mental health center (Miller et al., 2003), similar to our results, 41% of patients did not attend Primary Care in the six months prior to the survey. In the same study, 63% of patients were unable to identify a Primary Care provider by name and 14% reported using the emergency department for routine care.

Besides problems related to the continuity of mental health treatment, low contact with Primary Care appears to be a main contributor to the mortality gap experienced by people living with mental disorders worldwide (WHO, 2010). It is estimated that this population experiences mortality rates two to three times higher than the general population, with life expectancy reduced by 10-30 years (Cook et al., 2015). Among the factors contributing to these outcomes, there is a high prevalence in the population of hypertension, diabetes, heart disease and other conditions that could be treated by Primary Care, if identified in a timely manner (Woodhead et al., 2014; Baller et al., 2015).

Although we have not studied the complex phenomenon of stigma in depth, our results still raise an important discussion about the stigma related to psychosis and substance use. Both the greater absorption of these patients by specialized services and the lower likelihood that they will access Primary Care after being admitted to specialized services may be related to stigma. A study conducted in the United States (Mittal et al., 2014) comparing professionals at both Primary Care and secondary healthcare centres found that physicians and nurses at Primary Care had more negative attitudes toward people with psychosis than their colleagues at secondary healthcare centres.

In relation to substance use, in addition to stigma, other social issues must be observed. Studies in Latin America (Paula et al., 2014; Filho et al., 2016) have shown that although some patients occasionally access the Primary Care to obtain clinical health care, the substance use is not brought up. The professionals in turn avoid talking about the subject because they do not wish to be mistaken as informants for the police or drug dealers (Paula et al., 2014).

In relation to the action of Primary Care, our results emphasize the importance of non-medical professionals in promoting the continuity of care. Among these professionals are the CHA, whose visits to users were associated with maintaining a link with Primary Care. Through home visits, these professionals are responsible for collecting information regarding the population's health needs, identifying users with health problems, and referring them to the health unit (Waidman et al., 2016). Despite the importance of their role, however, they are often overlooked in the discussion of mental health cases management. This lack of recognition relative to other professions may stem from educational bias, as many CHA are individuals with a high school education (Treichel et al., 2019).

Finally, we highlight that our results suggest that patients' first steps in seeking help may influence other aspects of their trajectory within the health system. Except for those who attended their first mental health consultation after waiting more than a year, patients who waited more than 7 days to be treated were less likely to access specialized services in a timely manner (as compared to those who waited up to 7 days for treatment). These results are consistent with a review regarding the pathways to mental health care among young people (MacDonald et al., 2018), where the service responses to help-seeking were important determinants of patients' pathways.

Strengths and limitations

Some limitations should be considered in the interpretation of the present results. This is a cross-sectional study; therefore, reverse causality cannot be ruled out. Also, many variables were measured retrospectively, and thus are subject to recall error and bias. Additionally, it should be highlighted that this study recruited users who had access to and remained linked to specialized outpatient mental health services. Those who had previously discontinued care or did not have access to these services

were therefore not included in our sample. Thus, in the city from which we drew our sample, the present results may not be representative of the full population with mental health disorders and their experiences in the mental health network.

CONCLUSIONS

Our study is an essential step towards formulating policies that ensure easier, timelier access to care and, thereby, shaping mental health patients' outcomes. In addition to punctuating the determinants for timely access, our study also punctuates the determinants of maintaining a link with Primary Care, which is essential to bridge the mortality gap and health disparities experienced by this population worldwide.

We highlight the need to strengthen communication between Primary Care and specialized services as a measure both to qualify access in a timely manner and to promote continuity of care. In this context, the role of non-medical professionals should be highlighted, since the action of Community Health Agents has proved to be effective in fostering the link with Primary Care.

Another relevant finding is the disparity faced by patients diagnosed with psychosis and substance use issues, which may be related to the stigma attached to these diagnoses. In this sense, we reinforce the need to establish anti-stigma policies and programs, especially in Primary Care, which must be able to receive this population as a gateway to the health system.

REFERENCES

- Amaral C, Onocko-Campos R, de Oliveira P, Pereira M, Ricci E, Pequeno M et al (2018) Systematic review of pathways to mental health care in Brazil: narrative synthesis of quantitative and qualitative studies. *International Journal Of Mental Health Systems*, 12(1). doi: 10.1186/s13033-018-0237-8
- Anderson K, Fuhrer R, Schmitz N, Malla A (2012) Determinants of negative pathways to care and their impact on service disengagement in first-episode psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(1): 125-136. doi: 10.1007/s00127-012-0571-0
- Baller J, McGinty E, Azrin S, Juliano-Bult D, & Daumit G (2015) Screening for cardiovascular risk factors in adults with serious mental illness: a review of the evidence. *BMC Psychiatry*, 15(1). doi: 10.1186/s12888-015-0416-y
- Cook J, Razzano L, Swarbrick M, Jonikas J, Yost C, Burke L et al (2015) Health Risks and Changes in Self-Efficacy Following Community Health Screening of Adults with

- Serious Mental Illnesses. PLOS ONE, 10(4): e0123552. doi: 10.1371/journal.pone.0123552
- De Hert M, Correll C, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I et al (2011) Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*, 10(1): 52-77. doi: 10.1002/j.2051-5545.2011.tb00014.x
- Evans-Lacko S, Jarrett M, McCrone P, Thornicroft G (2008) Clinical pathways in psychiatry. *British Journal Of Psychiatry*, 193(1): 4-5. doi: 10.1192/bjp.bp.107.048926
- Ferrari M, Flora N, Anderson K, Haughton A, Tuck A, Archie S et al (2016) Gender differences in pathways to care for early psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 12(3): 355-361. doi: 10.1111/eip.12324
- Filho AJT (2016) Approach to drug use in Primary Care – an awareness. *Revista Médica de Minas Gerais*, 26 (Supplemet 8): S11-S14.
- Gater R, Almeida E, Sousa D, Barrientos G, Caraveo J, Chandrashekar C, Dhadphale M et al (1991) The pathways to psychiatric care: a cross-cultural study. *Psychological Medicine*, 21(3), 761-774. doi: 10.1017/s003329170002239x
- Global Burden of Disease Collaborative Network (2016) Global Burden of Disease Study 2016 (G2016) Results. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>. Accessed 17 feb 2020
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2019) Estimativas de População. <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/> Accessed 17 feb 2020
- MacDonald K, Fainman-Adelman N, Anderso, K, Iyer S. (2018). Pathways to mental health services for young people: a systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(10): 1005-1038. doi: 10.1007/s00127-018-1578-y
- Maldonado G, Greenland S (1993) Simulation Study of Confounder-Selection Strategies. *American Journal of Epidemiology*, 138(11): 923-936. doi: 10.1093/oxfordjournals.aje.a116813
- Miller CL, Druss B, Dombrowski E, Rosenheck R. (2003). Barriers to Primary Medical Care Among Patients at a Community Mental Health Center. *Psychiatric Services*, 54(8): 1158-1160. doi: 10.1176/appi.ps.54.8.1158
- Mittal D, Corrigan P, Sherman M, Chekuri L, Han X, Reaves C et al (2014) Healthcare providers' attitudes toward persons with schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(4), 297-303. doi: 10.1037/prj0000095
- Onocko-Campos R, Amaral C, Saraceno B, de Oliveira B, Treichel C, Delgado P (2018) Atuação dos Centros de Atenção Psicossocial em quatro centros urbanos no Brasil. *Revista Panamericana De Salud Pública*, 42. doi: 10.26633/rpsp.2018.113
- Paula ML, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Albuquerque RA (2014) Assistance to the drug user in the primary health care. *Psicologia em Estudo*, 19(2): 223-233. doi: 10.1590/1413-737222025006

- Petersen I, van Rensburg A, Kigozi F, Semrau M, Hanlon C, Abdulmalik J et al (2019) Scaling up integrated primary mental health in six low- and middle-income countries: obstacles, synergies and implications for systems reform. *Bjpsych Open*, 5(5). doi: 10.1192/bjo.2019.7
- Ross L, Vigod S, Wishart J, Waese M, Spence J, Oliver J et al (2015) Barriers and facilitators to primary care for people with mental health and/or substance use issues: a qualitative study. *BMC Family Practice*, 16(1). doi: 10.1186/s12875-015-0353-3
- Treichel C, Campos R, Campos G (2019) Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 23. doi: 10.1590/interface.180617
- Vannucchi A, Carneiro Junior N (2012) Modelos tecnoassistenciais e atuação do psiquiatra no campo da atenção primária à saúde no contexto atual do Sistema Único de Saúde, Brasil. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, 22(3): 963-982. doi: 10.1590/s0103-73312012000300007
- Volpe U, Mihai A, Jordanova V, Sartorius N (2015) The pathways to mental healthcare worldwide. *Current Opinion In Psychiatry*, 28(4), 299-306. doi: 10.1097/yco.0000000000000164
- Waidman MAP, Costa B, Paiano M (2012) Percepções e atuação do Agente Comunitário de Saúde em saúde mental. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(5): 1170-1177. doi: 10.1590/S0080-62342012000500019
- Wang Y, Chiavegatto-Filho A, Campanha A, Malik A, Mogadouro M, Cambraia M et al (2016) Patterns and predictors of health service use among people with mental disorders in São Paulo metropolitan area, Brazil. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26(1), 89-101. doi: 10.1017/s2045796016000202
- Woodhead C, Ashworth M, Schofield P, Henderson M (2014) Patterns of physical co-/multi-morbidity among patients with serious mental illness: a London borough-based cross-sectional study. *BMC Family Practice*, 15(1). doi: 10.1186/1471-2296-15-117
- World Health Organization (2010) *MhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: Mental Health Gap Action Programme (mhGAP)*. WHO. Geneva.
- World Health Organization (2017) *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. WHO. Geneva.

MATERIAL SUPLEMENTAR

Table 1: Characterization of participants included in the study according to the service to which they are linked (n= 341).

	PCC II		PCC-PSM		Outpatient Clinic	
	n	%	n	%	n	%
Sex						
Female	70	60,9	24	20,7	71	34,5
Male	45	39,1	92	79,3	39	35,5
Ethnicity						
White	61	53,0	57	49,1	72	65,4
Mixed race	45	39,1	44	37,9	30	27,3
Black	9	7,9	15	12,9	8	7,3
Age						
18-30	15	13,0	19	16,4	10	9,1
31-45	35	30,4	52	44,8	26	23,6
46-60	49	42,6	41	35,3	34	30,9
61+	16	13,9	4	3,5	40	36,4
Schooling						
0 to 4 years	41	35,6	17	14,7	7	6,4
5 to 8 years	34	29,6	60	51,7	50	45,4
9+ years	40	34,8	39	33,6	53	48,2
Paid work status						
Unemployed	96	83,5	85	73,3	83	75,4
Employed	19	16,5	31	26,7	27	24,6
Per capita income						
<0.5 minimum wage	31	28,2	29	26,8	20	19,1
0.5 to 1 minimum wage	63	57,3	53	49,1	39	37,1
>1 minimum wage	16	14,5	26	24,1	46	43,8
Diagnosis						
Affective and neurotic disorders	32	27,8	2	1,7	88	80,0
Psychosis	67	58,3	1	0,9	6	5,4
Psychoactive substance misuse	1	0,9	81	69,8	1	0,9
As yet undiagnosed	15	13,0	32	27,6	15	13,6
Identification of the need for mental health care						
In a crises situation	73	64,5	40	34,5	14	12,7
Self diagnosis followed by spontaneous demand	14	12,2	38	32,8	43	39,1
indicated by family and friends	20	17,4	33	28,4	21	19,1
In an appointment for general complaints	8	7,0	5	4,3	32	29,1
Time until first appointment						
Up to 7 days	48	44,9	46	41,1	22	21,4
Up to 30 days	19	17,8	16	14,3	40	38,8
Up to 90 days	17	15,9	10	8,9	25	24,3
Up to 1 year	14	13,1	10	8,9	13	12,6
>1 year	9	8,4	30	26,8	3	2,9
First appointment service						
Primary Care	12	14,4	9	7,8	24	21,8
Emergency or Hospital services	28	24,3	6	5,2	11	10,0
Outpatient Clinic	31	26,9	10	8,2	58	52,7
Psychosocial Care Centers	24	20,9	54	46,5	0	0,0
Private Services	20	17,4	37	31,9	17	15,4
Referral source for the current service						
Spontaneous demand	20	17,4	55	47,4	41	37,3
Primary Care	18	15,6	14	12,1	43	39,1
Emergency or Hospital services	16	13,9	6	5,2	16	14,5
Outpatient Clinic	58	50,4	19	16,4	0	0,0
Private Services	3	2,6	22	18,9	10	9,1
Time to access the current service						
Up to 7 days	55	49,5	90	81,4	14	13,2
Up to 30 days	37	33,3	16	14,2	46	43,4
Up to 60 days	9	8,11	4	3,5	24	22,6
>60 days	10	9,0	1	0,9	22	20,7
Time attending the current service						
Up to 1 year	27	23,5	68	58,2	24	21,8
Up to 3 years	18	15,6	20	17,2	22	20,0
Up to 5 years	15	13,0	13	11,2	17	15,4
>5 years	55	47,8	15	12,9	47	42,7
Previous mental health care in Primary Care						
Did not receive	66	57,4	82	70,7	64	58,2
Received	49	45,6	34	29,3	46	41,8
CHA visits						
Does not receive	55	47,8	82	70,7	69	62,7

Does receive	60	52,2	34	29,3	41	37,3
Social support perception						
Weak	19	16,5	15	12,9	25	22,7
Regular	53	46,1	48	41,4	36	32,7
Strong	43	37,4	53	45,7	49	44,6

DISCUSSÃO

Este estudo é parte integrante da etapa de pré-implementação do projeto “PESQUISA DE IMPLEMENTAÇÃO: DISPOSITIVOS DE INTEGRAÇÃO DA REDE DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE ITATIBA-SP”, que a partir do referencial das pesquisas de implementação, busca fomentar a integração dos serviços especializados de saúde mental em nível ambulatorial e a atenção básica do município de Itatiba.

A premissa central para adoção desse referencial, é a sua capacidade de instrumentalização para agir frente os problemas de implementação que impedem a adoção de práticas reconhecidamente eficazes para resolução de um problema em saúde, gerando assim o fenômeno conhecido como o *know-do-gap* (Peters et al., 2014).

No escopo da pesquisa em questão, o *know-do-gap* diz respeito a baixa integração entre os serviços especializados de saúde mental e a Atenção Básica. Embora haja evidências sólidas quanto a contribuição das estratégias de integração para o alcance de resultados em saúde mais oportunos (Bower et al., 2006; Smith et al., 2007), a implementação efetiva do apoio matricial, principal aposta brasileira para integração das redes de saúde, ainda esbarra em problemas de diversas ordens, entre os quais: a falta de delineamentos claros para prática de matriciamento; falta de investimento em formação e capacitação dos profissionais para o trabalho articulado em rede; e falta de espaços institucionalizados com encontros sistemáticos dos profissionais para discussão dos casos e avaliação conjunta das atividades (Treichel et al., 2019).

Para superar os entraves à implementação efetiva de intervenções em saúde, o referencial das pesquisas de implementação lança mão do uso de estratégias de implementação, que, por sua vez, são os métodos ou técnicas utilizadas a fim de melhorar a adoção e sustentabilidade da intervenção de interesse (Powel et al., 2015). A literatura tem descrito as estratégias de implementação como o ingrediente ativo do processo de implementação, correspondendo ao “como fazer” na mudança das práticas em saúde (Proctor et al., 2013). Através de uma revisão com subsequente avaliação por meio de um painel de especialistas que pretendia compilar um quadro comum de estratégias de intervenção, Powel et al. (2015) identificaram 73

estratégias distribuídas em 9 domínios distintos. Destacam-se estratégias como o uso da avaliação de forma interativa, através da auditoria seguida de feedback; disponibilização de assistência e supervisão clínico-institucional; treinamento e capacitação de trabalhadores; engajamento de usuários dos serviços; utilização de estratégias financeiras; e adaptação da intervenção conjuntamente às partes interessadas.

Cabe pontuar que as estratégias de implementação não devem ser adotadas à revelia das necessidades específicas do contexto em que se pretende performar uma intervenção em saúde (Powell et al., 2014). Nesse sentido, é imperativo que o processo de implementação seja precedido por uma rigorosa avaliação de contexto, onde os elementos contextuais, que podem levar a intervenção ao sucesso ou a falha, possam ser identificados. Ressalta-se, que a identificação desses elementos não se dá em uma intenção de controle ou “cegamento” de sua influência, mas antes como um aspecto a ser entendido e trabalhado (Peters et al., 2014).

Dessa forma, este estudo, enquanto componente de avaliação do contexto no período de pré-implementação do projeto “PESQUISA DE IMPLEMENTAÇÃO: DISPOSITIVOS DE INTEGRAÇÃO DA REDE DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE ITATIBA-SP”, busca fornecer elementos para o planejamento das estratégias de implementação utilizadas para fomentar a integração da rede de saúde mental no município estudado. Nesse sentido, toma-se por base as ações que vêm sendo executadas nos serviços de interesse e, especialmente, os aspectos relacionados à comunicação entre os serviços e o compartilhamento de casos entre os diferentes níveis de atenção.

Cabe destacar que para o alcance dos objetivos propostos, um dos primeiros desafios encontrados na realização deste estudo foi a falta de registros acerca de informações relevantes sobre os usuários dos serviços. Embora esse aspecto tenha dificultado a descrição completa e acurada do perfil dos usuários da rede de serviços, ele se configura enquanto um importante resultado de pesquisa, uma vez que parece demonstrar o preterimento das questões sociais no planejamento e execução do cuidado, havendo diferenças marcantes quanto a proporção de dados disponíveis entre os serviços estudados.

Esse apagamento das questões sociais, descrito por Saraceno (1994) como a criação de uma categoria de variáveis sombra nos cuidados em saúde mental, reflete ainda uma perpetuação do entendimento biológico sobre o processo saúde-doença em detrimento do olhar biopsicossocial, aspecto incompatível com as propostas de compartilhamento do cuidado, e citado repetidamente em estudos como um estrave para propostas como o apoio matricial (Reis et al., 2016; Athié et al., 2016; Hirdes & Silva, 2017).

No que diz respeito ao funcionamento da rede avaliada, pode-se tomar como ponto de partida a identificação de diferenças importantes entre os serviços quanto a forma de acesso dos usuários aos mesmos. Nesse sentido, há de se problematizar, para além da baixa participação da Atenção Básica, três elementos centrais: (1) a expressividade dos acolhimentos por demanda espontânea nos serviços especializados, especialmente no ambulatório e no CAPS-AD; (2) a significativa participação dos serviços privados, representados massivamente pelas comunidades terapêuticas (CTs), como porta de entrada para o CAPS-AD; e (3) a possível centralidade da rede de atendimento em saúde mental do município no ambulatório.

A alta proporção de acolhimentos por demanda espontânea observada neste estudo parece refletir bem uma das principais ambiguidades da rede de atenção psicossocial no país, que mesmo alocada em um sistema hierarquizado, prevê a possibilidade de acesso direto aos níveis especializados de atendimento. Embora essa característica confira aos serviços como o CAPS a possibilidade de manejo oportuno das situações de crise, dada a persistente presença dos hospitais e serviços de urgência como primeiro ponto de atendimento de uma parte significativa dos usuários estudados, a possibilidade de acolhimento por demanda espontânea parece atuar como um mecanismo de abreviação do itinerário para acesso aos serviços.

A despeito da necessidade de aprofundar as investigações dessa hipótese a partir da investigação qualitativa dos itinerários terapêuticos vivenciados na rede de Itatiba, cabe ressaltar que neste estudo foi possível observar ainda que usuários que acessaram os serviços especializados por demanda espontânea foram responsáveis pela maior proporção de acolhimento em tempo oportuno quando comparados a todas as demais formas de encaminhamento. Não obstante, os

serviços de Atenção Básica foram aqueles em que os usuários apresentaram a menor probabilidade de serem acolhidos nos serviços especializados de maneira oportuna.

Cabe destacar ainda a presença significativa das CTs como porta de entrada para o CAPS-AD de Itatiba, o que parece sinalizar uma perversão do papel do CAPS-AD na rede em questão. Em que pese a validação desses serviços enquanto serviços de saúde proposta pela portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, levando a necessidade de discutir urgentemente as formas de articulação desses serviços na rede de atenção psicossocial, há de se tomar como pressuposto básico que os serviços de nível ambulatorial sejam precedentes àqueles de internação.

Por fim, pontua-se a posição assumida pelo ambulatório na regulação do acesso ao CAPS-II, uma vez que ele se configurou enquanto principal encaminhador dos casos acolhidos nesse ponto de atenção. Não se deve desconsiderar que há estudos que buscam contextualizar o papel dos ambulatórios nas redes de saúde mental, apontando inclusive para sua potencialidade de absorver usuários que não atendem os critérios de inclusão nos CAPS, mas que necessitam cuidados especializados em saúde mental que não são encontrados na Atenção Básica. Contudo, ao invés de constituir um *gatekeeper* para outros serviços de saúde, o ambulatório deveria colaborar com os outros serviços da rede, especialmente a Atenção Básica, além de buscar alinhamento com a perspectiva da atenção psicossocial e contribuir para a qualificação da rede de assistência por meio de sua densidade tecnológica.

Dessa forma, é pertinente afirmar que o sucesso das ações de integração da rede de saúde mental no município de Itatiba depende de uma reavaliação e pactuação conjunta dos papéis de cada serviço dentro da rede bem como de seus fluxos de encaminhamento e ordenação. A observação dessa necessidade, além de possibilitar o alinhamento da rede do município às diretrizes organizativas do sistema de saúde, ajudaria a superar a falta de clareza dos profissionais quanto ao papel do serviço e de sua atuação no mesmo, aspecto citado recorrentemente como um dificultador do apoio matricial (Iglesias & Avellar, 2016; Klein & Oliveira, 2017).

À guisa de fechamento, destaca-se que a tradição de avaliação dos serviços em saúde mental no país tem se restringido a avaliação isolada de cada uma

das modalidades de serviços que compõe a rede, sendo os estudos focados unicamente nos CAPS aqueles que predominam na literatura. Dessa forma, este estudo contribui no sentido de avançar para um modelo de avaliação que considere diferentes dispositivos da rede e a relação estabelecida entre eles. Nesse sentido, seria interessante que estudos futuros pudessem replicar a metodologia utilizada a fim de expandir e aprofundar o entendimento de nossos achados em diferentes contextos de pesquisa.

CONCLUSÃO

Por meio da combinação de diferentes fontes de dados e técnicas de análise, este estudo reúne informações importantes quanto ao funcionamento da rede de atendimento em saúde mental no município estudado. Dessa forma, enquanto componente diagnóstico de uma pesquisa de implementação, oferece subsídios para o processo decisório relacionado às estratégias de implementação a serem adotadas para efetiva incorporação da intervenção na rede em questão.

Destaca-se que entre as próprias limitações do estudo, como a falta de um sistema de dados oficial que pudesse ser avaliado, ou ainda a falta de informações em registros dos próprios serviços lançam luz sobre questões que precisam ser mais bem trabalhadas nos mesmos. No componente avaliativo baseado em prontuários, foi evidenciado uma alta proporção de informações faltantes acerca de características que são relevantes para o cuidado dos indivíduos estudados, sugerindo assim que questões relativas à condição clínica e socioeconômica dos usuários podem estar sendo negligenciadas.

Ainda no componente avaliativo baseado em prontuários, foi possível observar que além da realização de consultas médicas, a ampla oferta de atendimentos individuais com profissionais da equipe multidisciplinar se mostrou como um ponto forte na maioria dos serviços estudados, reforçando assim a necessidade de valorização de engajamento da equipe interdisciplinar no cuidado em saúde mental. Por outro lado, foi observada uma baixa utilização dos recursos coletivos como as oficinas terapêuticas, evidenciando a necessidade de retomada e reafirmação de práticas já consagradas na perspectiva da reabilitação psicossocial.

A rede estudada se caracterizou ainda pela baixa utilização dos recursos comunitários e das visitas domiciliares, bem como pela baixa proporção de cuidados clínicos oferecidos aos usuários nos serviços especializados de saúde mental. Por outro lado, a Atenção Básica foi responsável por apresentar altas proporções de cuidados clínicos aos seus usuários, destacando-se assim enquanto um serviço potente e necessário para o cuidado das pessoas com transtornos mentais.

O componente avaliativo baseado em prontuários, permitiu ainda evidenciar diferenças importantes entre os serviços no que diz respeito ao seu

funcionamento bem como ao diálogo estabelecido com os outros pontos de atenção da rede de saúde, aspecto que tensionou a necessidade de avançar em uma análise que permitisse identificar os impactos dessa realidade no compartilhamento dos casos entre os diferentes pontos de atenção da rede estudada.

Nesse sentido, encontramos evidências de que uma proporção significativa de pacientes com saúde mental atendidos em serviços especializados não é conhecida na Atenção Básica. Observamos associações desse desfecho com a idade dos usuários bem como o tipo de serviço que encaminhou o mesmo. Especificamente, usuários encaminhados por um serviço hospitalar ou de emergência foram mais propensos a ter seu caso conhecido pela Atenção Básica.

Ao mesmo tempo, observamos associação inversa entre o conhecimento do caso pela Atenção Básica e a afiliação do usuário ao Ambulatório ou Centro de Atenção Psicossocial AD, confirmando as diferenças importantes entre os serviços estudados e sua relação com a rede de saúde.

Nesse sentido, o estudo fornece informações relevantes para contextos onde o acesso a serviços especializados de saúde mental ocorre de diferentes maneiras. Os resultados demonstram que mesmo com a disponibilização de mecanismos de integração da rede, como o apoio matricial, é necessária um trabalho de base para garantir que o compartilhamento de casos entre a Atenção Básica e os serviços especializados seja efetivo. Ressalta-se a necessidade de sensibilizar e aprimorar a formação dos profissionais da Atenção Básica, bem como aprimorar a contrarreferência de pacientes dos serviços especializados para a atenção básica.

O estudo também traz informações sobre a proporção de pacientes com transtornos mentais que podem não estar recebendo atendimento clínico, contribuindo para o agravamento das disparidades de saúde vivenciadas por essa população, principalmente no que se refere a pacientes psicóticos e usuários de substâncias psicoativas, que apresentaram menos chances de ter seu caso conhecido pela Atenção Básica.

Por fim, ao avançar sobre questões específicas dos itinerários dos usuários por meio da aplicação de questionários aos mesmos, este estudo é um passo essencial para a formulação de políticas que garantam um acesso mais fácil e

oportuno aos cuidados e, assim, moldar os resultados dos pacientes com saúde mental.

Além de pontuar os determinantes para o acesso oportuno, o estudo também pontua os determinantes da manutenção de um vínculo com a Atenção Básica, o que é essencial para diminuir o hiato de mortalidade e as disparidades de saúde vividas por essa população em todo o mundo.

Nesse sentido, ressalta-se a necessidade de fortalecer a comunicação entre a Atenção Básica e os serviços especializados como medida tanto para qualificar o acesso em tempo hábil quanto para promover a continuidade do atendimento. Destaca-se, portanto, o papel dos profissionais não médicos, uma vez que a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde se mostrou eficaz no fomento do vínculo com a Atenção Básica.

Outro achado relevante foi a disparidade enfrentada por pacientes com diagnóstico de psicose e problemas de uso de substâncias, o que pode estar relacionado ao estigma associado a esses diagnósticos. Nesse sentido, pontua-se que o estabelecimento de políticas e programas anti-estigma, principalmente na Atenção Básica, que deve ser capaz de receber essa população como porta de entrada do sistema de saúde será um ponto essencial para o sucesso da intervenção.

Sintetiza-se então como ações necessárias a rede de atenção em saúde mental estudada as seguintes recomendações: A necessidade de fomentar um trabalho de base que efetivamente traga a Atenção Básica para o centro do debate; A repactuação dos papéis e dos fluxos relacionados a cada serviço da rede; Promoção da continuidade do cuidado através do matriciamento e da qualificação dos processos de referência e contrarreferência; Promoção da integralidade do cuidado; O resgate do referencial da atenção psicossocial enquanto norteadora do processo de trabalho e ofertas terapêuticas realizadas nos serviços; Promoção de ações interdisciplinares com repactuação das atribuições e da corresponsabilização pelos casos; Fomento de combate ao estigma relacionado ao usuário com transtornos mentais.

REFERÊNCIAS

- ATHIÉ, K. et al. Perceptions of health managers and professionals about mental health and primary care integration in Rio de Janeiro: a mixed methods study. **BMC Health Services Research**. [S.l.], v. 30, n. 1: 532, Sep. 2016.
- BOWER, P. et al. Collaborative care for depression in primary care. Making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression. **The British Journal of Psychiatry**. [S.l.], v. 189, p. 484-93, Dec. 2006.
- BRASIL. IBGE. Censo Demográfico, 2010. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 27 mar. 2018.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015**. Ministério da Saúde: Brasília. Maio, 2016, 143 p.
- CAMPOS G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**. v. 4, p.393-404. 1999.
- COOK, J. A. et al. Health Risks and Changes in Self-Efficacy Following Community Health Screening of Adults with Serious Mental Illnesses. **PLoS ONE**. [S.l.], v. 10, n. 4: e0123552, Apr. 2015.
- HIRDES, A. A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v.20, n. 2, p. 371-82, Fev. 2015.
- OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. MhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: Mental Health Gap Action Programme (mhGAP). **Organização Mundial de Saúde**. Genebra, 2010.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al . Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo , v. 46, n. 1, p. 43-50, Fev. 2012.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al . Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 12, p. 4643-4652, Dez. 2011.

PAULON, S; NEVES R. **Saúde Mental na Atenção Básica, a territorialização do cuidado**. Porto Alegre: Sulina, 2013.

PETERS, D. H. et al. Implementation research: what it is and how to do it. **British Journal of Sports Medicine**. [S.l.], v. 48, n. 8, p. 731-736, Apr. 2014.

POWELL, B. J. et al. A Systematic Review of Strategies for Implementing Empirically Supported Mental Health Interventions. **Res Soc Work Pract**. v. 1, n. 24, p. 192–212., Mar. 2014.

PROCTOR, E. et al. Outcomes for Implementation Research: Conceptual Distinctions, Measurement Challenges, and Research Agenda. **Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research**. [S.l.], v. 38, n. 2, p. 65-76, Mar. 2011.

SMITH, S. M; ALLWRIGHT, S; O'DOWD, T. Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**. [S.l.], v. 18, n. 3, CD004910, Jul. 2007.

THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. What are the arguments for community-based mental health care?. **WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report)**. Copenhagen, 2003. Disponível em: <<http://www.euro.who.int/document/E82976.pdf>> acesso em 03/05/2018.

_____. **Better mental health care**. London: Cambridge University Press, 2008.

ANEXO 1



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

– Faculdade de Ciências Médicas –



Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

PESQUISA: DISPOSITIVOS DE INTEGRAÇÃO DA REDE DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE ITATIBA-SP: UMA PESQUISA DE IMPLEMENTAÇÃO.

COMPONENTE: PRONTUÁRIO DOS USUÁRIOS

COORDENAÇÃO: Rosana Teresa Onocko Campos

Data da Coleta: ___/___/___	udent ___/___/___
Coletador: _____	ucolet __
Serviço: _____	userv __
Usuário: _____	
Mãe do usuário _____	
Telefone usuário I: _____	
Telefone usuário II: _____	
Telefone familiar I: _____	
Telefone familiar II: _____	
Endereço do usuário: _____ _____	
UBS de referência: _____	uubs __
Cobertura ESF? (1) Sim (2) Não	uesf _
Sexo (1) Masculino (2) Feminino	usexo _
Data de nascimento ___/___/___	udanas _____
Idade: ___	udad ___
Registro de atividade laboral (1) O usuário trabalha (2) O usuário está afastado do trabalho (3) Não foi possível identificar – sem registro	utrab _
Registro de atividade formativa (estudos) (1) O usuário estuda (2) O usuário está afastado dos estudos (3) Não foi possível identificar – sem registro	uestu _
Registro de escolaridade: _____	uregesc __
Data de inserção no serviço/abertura do prontuário de saúde mental ___/___/___ Tempo no serviço: ___ meses	udadnse _____ utense _____
Origem do encaminhamento (Na atenção primária, se não há registro de encaminhamento prévio, deve ser marcar atenção primária, não demanda espontânea) (1) Demanda espontânea	uorigem __

Registro de cuidados clínicos no último ano:		
Peso	(1)Sim (2)Não	urclin1 _
Sinais Vitais	(1)Sim (2)Não	urclin2 _
Exames físicos (Anamnese)	(1)Sim (2)Não	urclin3 _
Exames complementares – Laboratoriais, etc	(1) Sim (2)Não	urclin4 _
Tratamentos clínicos ou encaminhamentos com esse fim	(1)Sim (2)Não	urclin5 _
Registro sobre Hipertensão:		uehip _
(1) Sim, é hipertenso (2) Sim, não é hipertenso (3) Não há registro		
Registro sobre Diabetes:		uediab _
(1) Sim, é diabético (2) Sim, não é diabético (3) Não há registro		
Registro sobre Tabagismo:		uetab _
(1) Sim, é tabagista (2) Sim, não é tabagista (3) Não há registro		
Registro sobre Etilismo:		ueelit _
(1) Sim, é etilista (2) Sim, não é etilista (3) Não há registro		
Registro sobre uso de outras Sustâncias Psicoativas		ueuspa _
(1) Sim, usa SPA (2) Sim, não usa SPA (3) Não há registro		
Número de atendimentos em serviços de urgência e emergência no último ano: __		unaeme __
Número de internações psiquiátricas no último ano: __		unipsq __
Número de atendimentos de saúde mental no último ano: ___		unatsm ___

ANEXO II

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS



– Faculdade de Ciências Médicas –



Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

PESQUISA: DISPOSITIVOS DE INTEGRAÇÃO DA REDE DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE ITATIBA-SP: UMA PESQUISA DE IMPLEMENTAÇÃO.

COMPONENTE: USUÁRIOS

COORDENAÇÃO: Rosana Teresa Onocko Campos

Serviço: (1) CAPS II (2) CAPS AD (3) Ambulatório	userv __ _
Entrevistado: _____ Endereço: _____ Telefone: _____	
Sexo (1) Masculino (2) Feminino	usexo _
Como o senhor(a) define sua cor de pele? (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Parda ou Mestiça (5) Indígena (6) Outra (7) Não declarado/não sabe	ucor _
Qual sua idade? __ _ anos	udad __ _
Qual seu estado civil? (1) Solteiro(a) (2) Casado(a)/ União estável/ Amasiado (3) Divorciado(a)/ Separado/Desquitado (4) Viúvo(a) (5) Não declarado/não sabe	ueciv _
Você sabe ler? (1) Sim (2) Não	usler _
Até que serie você estudou? (1) Sem escolaridade (2) Primário incompleto (3) Primário completo (4) Fundamental incompleto (5) Fundamental completo (6) Ensino médio incompleto (7) Ensino médio completo (8) Superior incompleto (9) Superior completo	uest __ _
Você possui trabalho remunerado? (1) Sim (2) Não	utrab _

<p>(1) 0 até 1 salário mínimo (até R\$ 998,00) (2) De 1 até 2 salários mínimos (de R\$ 998,01 até R\$ 1.996,00) (3) De 2 até 3 salários mínimos (de R\$ 1.996,01 até R\$ 2.994,00) (4) De 3 até 4 salários mínimos (de R\$ 2.994,01 até R\$ 3.992,00) (5) De 4 até 5 salários mínimos (de R\$ 3.992,01 até R\$ 4.990,00) (6) Acima de 5 salários mínimos (acima de R\$ 4.990,01) (7) Não declarado/não sabe</p> <p>Qual foi a renda da sua família no último mês?</p> <p>(1) 0 até 1 salário mínimo (até R\$ 998,00) (2) De 1 até 2 salários mínimos (de R\$ 998,01 até R\$ 1.996,00) (3) De 2 até 3 salários mínimos (de R\$ 1.996,01 até R\$ 2.994,00) (4) De 3 até 4 salários mínimos (de R\$ 2.994,01 até R\$ 3.992,00) (5) De 4 até 5 salários mínimos (de R\$ 3.992,01 até R\$ 4.990,00) (6) Acima de 5 salários mínimos (acima de R\$ 4.990,01) (7) Não declarado/não sabe</p>	<p>urenf _</p>
<p>QUANTAS PESSOAS DEPENDEM DESSA RENDA? __</p>	<p>uqpdr __</p>
<p>Você sabe o seu diagnóstico? (1) Sim (2) Não</p>	<p>usdia _</p>
<p>DIAGNÓSTICO (PRONTUÁRIO) F __</p>	<p>udiag __</p>
<p>RSA_R Usuários</p>	
<p>1. A equipe te recebe bem. (1) Não concordo Mesmo (2) Não concordo (3) Tanto Faz (4) Concordo (5) Concordo Muito</p>	<p>ursa_1</p>
<p>2. Este ambiente é agradável e limpo. (1) Não concordo Mesmo (2) Não concordo (3) Tanto Faz (4) Concordo (5) Concordo Muito</p>	<p>ursa_2</p>
<p>3. A equipe te ajuda a ter esperança na sua recuperação. (1) Não concordo Mesmo (2) Não concordo (3) Tanto Faz (4) Concordo (5) Concordo Muito</p>	<p>ursa_3</p>
<p>7. A equipe acredita que você pode se recuperar. (1) Não concordo Mesmo (2) Não concordo (3) Tanto Faz (4) Concordo (5) Concordo Muito</p>	<p>ursa_7</p>
<p>9. A equipe acredita que você pode tomar decisões como escolher amigos, com quem morar e outras coisas. (1) Não concordo Mesmo (2) Não concordo (3) Tanto Faz (4) Concordo (5) Concordo Muito</p>	<p>ursa_9</p>
<p>10. A equipe te escuta e respeita as suas decisões sobre seu tratamento (1) Não concordo Mesmo (2) Não concordo (3) Tanto Faz (4) Concordo (5) Concordo Muito</p>	<p>ursa_10</p>
<p>11. A equipe te pergunta sobre seus interesses e coisas que você gostaria de fazer na cidade</p>	<p>ursa_11</p>

(1) Não concordo Mesmo	(2) Não concordo	
(3) Tanto Faz	(4) Concordo	
(5) Concordo Muito		
12. A equipe te ajuda a experimentar coisas novas.		ursa_12
(1) Não concordo Mesmo	(2) Não concordo	
(3) Tanto Faz	(4) Concordo	
(5) Concordo Muito		
16. A equipe te ajuda a planejar sua vida, além do tratamento.		ursa_16
(1) Não concordo Mesmo	(2) Não concordo	
(3) Tanto Faz	(4) Concordo	
(5) Concordo Muito		
17. A equipe te ajuda a procurar trabalho.		ursa_17
(1) Não concordo Mesmo	(2) Não concordo	
(3) Tanto Faz	(4) Concordo	
(5) Concordo Muito		
19. A equipe facilita a participação das pessoas importantes para você no seu tratamento.		ursa_19
(1) Não concordo Mesmo	(2) Não concordo	
(3) Tanto Faz	(4) Concordo	
(5) Concordo Muito		
20. A equipe te apresenta pessoas que podem ser exemplos de recuperação.		ursa_20
(1) Não concordo Mesmo	(2) Não concordo	
(3) Tanto Faz	(4) Concordo	
(5) Concordo Muito		
21b. A equipe te ajuda a participar de grupos e associações em defesa dos seus direitos.		ursa_21b
(1) Não concordo Mesmo	(2) Não concordo	
(3) Tanto Faz	(4) Concordo	
(5) Concordo Muito		
22. A equipe te ajuda a colaborar com a sua comunidade.		ursa_22
(1) Não concordo Mesmo	(2) Não concordo	
(3) Tanto Faz	(4) Concordo	
(5) Concordo Muito		
23. A equipe te convida a ajudar na criação de novos grupos e oficinas		ursa_23
(1) Não concordo Mesmo	(2) Não concordo	
(3) Tanto Faz	(4) Concordo	
(5) Concordo Muito		
24. Você é convidado a avaliar os trabalhadores e as atividades deste serviço.		ursa_24
(1) Não concordo Mesmo	(2) Não concordo	
(3) Tanto Faz	(4) Concordo	
(5) Concordo Muito		
25. Você é convidado a participar dos conselhos locais de saúde e assembleias		ursa_25
(1) Não concordo Mesmo	(2) Não concordo	
(3) Tanto Faz	(4) Concordo	
(5) Concordo Muito		
28. A equipe te ajuda a alcançar novas conquistas		ursa_28
(1) Não concordo Mesmo	(2) Não concordo	
(3) Tanto Faz	(4) Concordo	
(5) Concordo Muito		

Nos últimos 12 meses, você teve algum problema de saúde que o impediu de realizar alguma de suas atividades do dia a dia (trabalho, estudo ou lazer) por mais de um mês?	(1) sim	(2) Não	uest1 _
Nos últimos 12 meses, você esteve internado em hospital por uma noite, ou mais, devido uma doença ou acidente?	(1) sim	(2) Não	uest2 _
Nos últimos 12 meses, faleceu algum parente próximo (pai, mãe, cônjuge, companheiro, filho ou irmão)?	(1) sim	(2) Não	uest3 _
Nos últimos 12 meses você enfrentou dificuldades financeiras mais pesadas do que o normal?	(1) sim	(2) Não	uest4 _
Nos últimos 12 meses, você foi forçado a mudar sem querer (por exemplo, por aumento de aluguel)?	(1) sim	(2) Não	uest5 _
Nos últimos 12 meses, você passou por algum término de relacionamento, incluindo divórcio ou separação?	(1) sim	(2) Não	uest6 _
Nos últimos 12 meses, você foi assaltado ou roubado, no caso, teve dinheiro ou algum bem tomado, mediante uso ou ameaça de violência?	(1) sim	(2) Não	uest7 _
Nos últimos 12 meses, você foi vítima de alguma agressão física?	(1) sim	(2) Não	uest8 _
Nos últimos 12 meses, você foi vítima de algum tipo de violência? (1) Sim (2) Não Qual? _____ _____			usatvio _ uqtvio1 __ uqtvio2 __ uqtvio3 __
É fácil para você chegar/frequentar este serviço? (1) Fácil (Pule para próxima questão) (2) Mais ou menos (3) Difícil Que dificuldades você enfrenta para chegar aqui? (1) Dificuldade de locomoção de ordem financeira (2) Dificuldade de locomoção por falta de acompanhante (3) Dificuldade de locomoção por falta de acessibilidade (4) Conflito de horários (5) Outra (6) N/A Se outra dificuldade, Qual? _____			ufaace _ udpaos __ uodpaos __
Qual a frequência com que você consulta com um profissional médico neste serviço? (1) Nunca consulte (2) Não consulta atualmente (3) Semanalmente (4) Quinzenalmente (5) A cada 2 meses (6) A cada 3 meses (7) Intervalo superior a 3 meses			ufcpm _
Qual a frequência com que você consulta individualmente com um terapeuta não médico neste serviço? (1) Nunca consulte (2) Não consulta atualmente (3) Semanalmente (4) Quinzenalmente (5) A cada 2 meses (6) A cada 3 meses			ufcpsic _

(7) Intervalo superior a 3 meses	
Qual a frequência com que você consulta em grupo com um terapeuta não médico neste serviço? (1) Nunca consultei (2) Não consulta atualmente (3) Semanalmente (4) Quinzenalmente (5) A cada 2 meses (6) A cada 3 meses (7) Intervalo superior a 3 meses	ufcopnm _
Quais dessas atividades você participa neste serviço? (Pode marcar mais de uma opção) (1) atendimentos individuais (1) Sim (2) Não ufiatv _ (2) atendimentos em grupo (1) Sim (2) Não ufiatv _ (3) oficinas terapêuticas (1) Sim (2) Não ufiatv _ (4) oficinas de geração de renda (1) Sim (2) Não ufiatv _ (5) atividades comunitárias (1) Sim (2) Não ufiatv _ (6) orientação e acompanhamento do uso de medicações (1) Sim (2) Não ufiatv _ (7) atendimento domiciliar (1) Sim (2) Não ufiatv _ (8) atividades físicas ou esportes (1) Sim (2) Não ufiatv _	Ufia__ ufiai _ ufigc _ ufiot _ ufigr _ ufiac _ ufiome _ ufiado _ ufiatv _
Com que frequência você pratica atividades físicas ou esportes por pelo menos 30 minutos? (sem contar as atividades do dia a dia) (1) Nunca (2) Todos os dias (3) 2 ou 3 vezes por semana (4) Semanalmente (5) Quinzenalmente	ufqatv _
Aqui neste serviço, alguém já conversou com você sobre o seu diagnóstico e explicou ele pra você? (1) Sim (2) Não	uansexd _
Você realiza tratamento medicamentoso neste serviço para o seu problema de saúde mental? (1) Sim (2) Não (Pule para o próximo bloco) Algum profissional explicou pra você sobre porque você deveria usar a medicação? (1) Sim (2) Não (3) N/A Algum profissional explicou como e em que horários você deveria usar a medicação? (1) Sim (2) Não (3) N/A Algum profissional explicou por quanto tempo você deveria usar a medicação? (1) Sim (2) Não (3) N/A Você já teve vontade de pedir para o médico para trocar sua medicação ou alterar a dose dela? (1) Sim, e já pedi (2) Sim, mas nunca pedi (3) Não (4) N/A Se sim , o médico o médico escutou você? Você sente que ele estava aberto para discutir o seu pedido? (1) Sim (2) Mais ou menos (3) Não (4) N/A Se não , você acha que seu médico escutaria você e estaria aberto para discutir um pedido assim? (1) Sim (2) Mais ou menos (3) Não (4) N/A	urtmed _ uapexm _ uapexch _ uapexqt _ utpnmed _ uomospp _ usdnmed _

<p>Você já alterou por conta própria a dose da medicação? (1) Sim (2) Não (3) N/A</p> <p>Você diminuiu ou deixa de tomar a dose da medicação? (1) Sim (2) Não (3) N/A</p> <p>Qual medicação e por que diminuiu? _____</p> <p>Você aumentou a dose da medicação? (1) Sim (2) Não (3) N/A</p> <p>Qual medicação e por que aumentou? _____</p> <p>Onde você retira a medicação que utiliza para o seu problema de saúde mental? (1) Em uma farmácia gratuita do SUS (2) Em uma farmácia particular (3) Parte em uma farmácia gratuita do SUS e parte em uma farmácia particular (4) N/A</p> <p>Nos últimos 6 meses, faltou algum remédio na farmácia gratuita do SUS em que você retira medicação para o problema de saúde mental? (1) Sim uma vez (2) Sim, mais de uma vez (3) Não (4) N/A</p>	<p>ujadmcp _</p> <p>udadmqs _</p> <p>uqdadmqs</p> <p>uadmeqs _</p> <p>uqadmeqs</p> <p>ormpsm _</p> <p>unsmfme _</p>
<p>Os seus familiares foram inseridos de alguma forma no seu tratamento neste serviço? (1) Sim (2) Não, eu não quis (3) Não, eles não quiseram (4) Não, eles não foram convidados</p>	<p>uffitto _</p>
<p>Agora, eu vou lhe perguntar sobre algumas coisas para as quais eu gostaria que você me dissesse se desde que você começou a se tratar aqui estas coisas melhoraram, pioraram ou continuam iguais.</p>	
<p>Seus problemas pessoais (1) Pior do que antes (2) Sem mudança (3) Melhor do que antes</p> <p>Seu humor (1) Pior do que antes (2) Sem mudança (3) Melhor do que antes</p> <p>A estabilidade das suas emoções (1) Pior do que antes (2) Sem mudança (3) Melhor do que antes</p> <p>Sua confiança em você mesmo (1) Pior do que antes (2) Sem mudança (3) Melhor do que antes</p> <p>Seu interesse pela vida (1) Pior do que antes (2) Sem mudança (3) Melhor do que antes</p> <p>Sua capacidade de suportar situações difíceis</p>	<p>uemp1 _</p> <p>uemp2 _</p> <p>uemp3 _</p> <p>uemp4 _</p> <p>uemp5 _</p>

(1)Pior do que antes (2)Sem mudança (3)Melhor do que antes	uemp6 _
Seu apetite (1)Pior do que antes (2)Sem mudança (3)Melhor do que antes	uemp7 _
Sua energia (disposição para fazer as coisas) (1)Pior do que antes (2)Sem mudança (3)Melhor do que antes	uemp8 _
Seu sono (1)Pior do que antes (2)Sem mudança (3)Melhor do que antes	uemp9 _
Sua saúde física (Dores, tremores, etc.) (1)Pior do que antes (2)Sem mudança (3)Melhor do que antes	uemp10 _
Sua sexualidade (satisfação sexual) (1)Pior do que antes (2)Sem mudança (3)Melhor do que antes	uemp11 _
Sua convivência com sua família (1)Pior do que antes (2)Sem mudança (3)Melhor do que antes	uemp12 _
Sua convivência com seus amigos ou amigas (1)Pior do que antes (2)Sem mudança (3)Melhor do que antes	uemp13 _
Sua convivência com as outras pessoas (1)Pior do que antes (2)Sem mudança (3)Melhor do que antes	uemp14 _
Seu interesse em trabalhar ou se ocupar com alguma coisa (1)Pior do que antes (2)Sem mudança (3)Melhor do que antes	uemp15 _
Suas atividades de lazer (as coisas que você gostava de fazer) (1)Pior do que antes (2)Sem mudança (3)Melhor do que antes	uemp16 _
Suas tarefas de casa (ex: cozinhar, fazer compras para a casa, lavar roupa, arrumar o quarto ou a casa, consertar coisas, etc). (1)Pior do que antes (2)Sem mudança (3)Melhor do que antes	uemp17 _
Sua capacidade de cumprir as obrigações e tomar decisões (1)Pior do que antes (2)Sem mudança (3)Melhor do que antes	uemp18 _
Desde que você começou a se tratar aqui, em geral, você está: (1)Pior do que antes (2)Sem mudança (3)Melhor do que antes	uemp19 _
Antes de receber tratamento neste serviço, você havia passado por uma internação por causa do seu problema de saúde mental? (1) Não (2) Sim, em hospital psiquiátrico (Quantas vezes? __)	uartip _ uartipnhp __
(3) Sim, em hospital geral (Quantas vezes? __)	uartipnhg __
(4) Sim, em comunidade terapêutica (Quantas vezes? __)	uartipnct __
Depois de receber tratamento neste serviço, você passou por uma internação por causa do seu problema de saúde mental?	udrtip _

<p>(1) Não (2) Sim, em hospital psiquiátrico (Quantas vezes? __)</p> <p>(3) Sim, em hospital geral (Quantas vezes? __)</p> <p>(4) Sim, em comunidade terapêutica (Quantas vezes? __)</p>	<p>udrtipnhp __</p> <p>udrtipnhg __</p> <p>udrtipnct __</p>
<p>Quanto tempo faz desde a última vez que você teve uma crise ou precisou de um atendimento de urgência/internação? __ __ __ meses</p>	<p>uuvqpau __ __ __</p>
<p>Você possui plano de saúde? (1) Sim (2) Não</p> <p>Já usou o plano de saúde para consultar pelo seu problema de saúde mental? (1) Não (2) Sim, concomitante ao atendimento neste serviço (3) Sim, antes de ser atendido neste serviço 4) N/A</p> <p>Atualmente, você usa o plano de saúde para consultar pelo seu problema de saúde mental? (1) Sim (2) Não (3) N/A</p>	<p>upplds _</p> <p>uppldsj _</p> <p>uppldsa _</p>
<p>Você já pagou por algum atendimento particular em saúde mental? (1) Não (2) Sim, concomitante ao atendimento neste serviço (3) Sim, antes de ser atendido neste serviço</p> <p>Atualmente, você paga por algum atendimento particular em saúde mental? (1) Sim (2) Não</p>	<p>ujpcpsm _</p> <p>uapgasm _</p>
<p>Você já recebeu atendimento médico para sua saúde mental na atenção primária? (1) Sim (2) Não</p>	<p>ujrasmap _</p>
<p>Atualmente você recebe atendimento médico para sua saúde mental na atenção primária? (1) Sim (2) Não</p> <p>Se sim, Com que frequência? (1) Semanalmente (2) Quinzenalmente (3) Mensalmente (4) A cada 2 meses (5) A cada 3 meses (6) A cada 6 meses (7) Anualmente (8) Intervalo superior a 1 ano (9) N/A</p>	<p>uarampsma _</p> <p>uqframsmab _</p>
<p>Você leva alguma informação sobre seu tratamento de saúde mental neste serviço para o serviço de atenção primária ao qual está vinculado? (1) Sim (2) Não</p>	<p>ulaistpap _</p>
<p>Você possui algum problema clínico de saúde? (1) Sim (2) Não</p> <p>Se sim, qual? (pode marcar mais de uma opção) (1) Hipertensão(1) Sim (2) Não (2) Diabetes (1) Sim (2) Não (3) Doenças cardiovasculares(1) Sim (2) Não (4) Doenças do aparelho respiratório(1) Sim (2) Não</p>	<p>upcdis _</p> <p>uqpcdis</p> <p>uhip _</p> <p>udia _</p> <p>uapc _</p> <p>uapr _</p>

(5) Doenças do aparelho digestório(1) Sim (2) Não (6) Doenças do aparelho nervoso(1) Sim (2) Não (7) Doenças do aparelho endócrino(1) Sim (2) Não (8) Doenças do aparelho excretor/urinário(1) Sim (2) Não (9) Doenças do aparelho musculoesquelético(1) Sim (2) Não (10) Doenças do aparelho imunológico/linfático.... (1) Sim (2) Não (11) Doenças do aparelho reprodutor(1) Sim (2) Não (12) Doenças do aparelho tegumentar(1) Sim (2) Não	uapd _ uapn _ uape _ uapeu _ uapme _ uapil _ uapre _ uapt _
Quanto tempo faz desde seu último atendimento com um médico na atenção primária? (Para um problema que não seja relacionado com sua saúde mental) __ __ meses	uqtfmdam _ _ _
Você já recebeu algum atendimento com um dentista? (1) Sim (2) Não Onde aconteceram esses atendimentos? (pode marcar mais de uma opção) (1) Atenção primária(1) Sim (2) Não (2) Ambulatório/ Serv. Especializado (Público) .. (1) Sim (2) Não (3) Consultório particular (1) Sim (2) Não	uradent _ udeap _ udeamb _ udeconp _
Atualmente você recebe atendimento com dentista? (1) Sim (2) Não Com que frequência? (1) Semanalmente (2) Quinzenalmente (3) Mensalmente (4) A cada 2 meses (5) A cada 3 meses (6) A cada 6 meses (7) Anualmente (8) Intervalo superior a 1 ano (9) N/A Onde você recebe esse atendimento? (pode marcar mais de uma opção) (1) Atenção primária (2) Ambulatório/ Serv. Especializado (Público) (3) Consultório particular	uaratde _ uqfratde _ udeaap _ udeaamb _ udeaconp _
Quanto tempo faz desde seu último atendimento com um dentista? __ __ meses (999) Nunca consultou	uqtducde _ _ _
Você já recebeu algum atendimento com um nutricionista? (pode marcar mais de uma opção) (1) Sim (2) Não Onde aconteceram esses atendimentos? Atenção primária (1) Sim (2) Não Ambulatório/ Serv. Especializado (Público) (1) Sim (2) Não Consultório particular (1) Sim (2) Não	uranutri _ unuap _ unuamb _ unuconp _
Atualmente você recebe atendimento com nutricionista? (1) Sim (2) Não Com que frequência? (1) Semanalmente (2) Quinzenalmente (3) Mensalmente (4) A cada 2 meses (5) A cada 3 meses (6) A cada 6 meses (7) Anualmente (8) Intervalo superior a 1 ano (9) N/A Onde você recebe esse atendimento? (pode marcar mais de uma opção) (1) Atenção primária	uaratnu _ uqfratnu _ unuaap _ unuaamb _

(2) Ambulatório/ Serv. Especializado (Público) (3) Consultório particular	unuacomp
Quanto tempo faz desde seu último atendimento com um nutricionista? ___ meses (999) Nunca consultou	uqtducnu ___
Você já recebeu visitas de Agente Comunitário de Saúde na sua casa? (1) Sim (2) Não	urvacs _
Atualmente, você recebe visitas de Agente Comunitário de Saúde na sua casa? (1) Sim (2) Não Com que frequência? (1) Semanalmente (2) Quinzenalmente (3) Mensalmente (4) A cada 2 meses (5) A cada 3 meses (6) A cada 6 meses (7) Anualmente (8) Intervalo superior a 1 ano (9) N/A	uarvacs _ uqfrvacs _
Quanto tempo faz desde a última vez que um profissional de saúde aferiu a sua pressão arterial? ___ meses (999) Nunca aferiu	uqtpapa ___
Quanto tempo faz desde a última vez que um profissional de saúde mediu a sua glicemia? ___ meses (999) Nunca mediu	uqtpagl ___
Quanto tempo faz desde a última vez que você realizou exames de sangue? ___ meses (999) Nunca realizou	uqtpaes ___
Quanto tempo faz desde a última vez que um profissional de saúde mediu e pesou você? ___ meses (999) Nunca mediu	uqtpamp ___
Peso ___ kg	upeso ___
Altura ___ cm	ualtu ___
Você está satisfeito com suas relações familiares? (1) Insatisfeito (2) Mais ou menos Satisfeito (3) Satisfeito	uscrfa _
Você sente que pode contar com pessoas da sua família para te ajudar nos problemas do dia a dia? (1) Sim (2) Mais ou menos (3) Não	usqpcfd _
Você sente que pode contar com amigos para te ajudar nos problemas do dia a dia? (1) Sim (2) Mais ou menos (3) Não	usqpcad _
Você sente que pode contar com pessoas aqui do serviço para te ajudar nos problemas do dia a dia? (1) Sim (2) Mais ou menos (3) Não	usqpcpsd _
Para finalizar, gostaria de perguntar algumas questões sobre sua satisfação com este serviço e com o tratamento que recebeu aqui. Lembramos que esse questionário será mantido em segredo e utilizado apenas para fins de pesquisa	
Qual a sua opinião sobre a maneira como você foi tratado aqui, você se sentiu respeitado? (1) Nunca me senti respeitado (2) Geralmente não me senti respeitado (3) Mais ou menos (4) Geralmente me senti respeitado (5) Sempre me senti respeitado	usatis1 _
Quando você falou com a pessoa que recebeu você neste serviço, você sentiu que ele/a ouviu você? (1) Não me ouviu de forma alguma (2) Não me ouviu bastante	usatis2 _

(3) Mais ou menos (5) Me ouviu muito	(4) Me ouviu bastante	
Você acha que a pessoa que recebeu você neste serviço entendeu o seu problema? (1) Não me compreendeu de forma alguma (2) Não me compreendeu muito (3) Mais ou menos (4) Me compreendeu bem (5) Me compreendeu muito bem		usatis3 _
Em geral, como você acha que a equipe deste serviço entendeu o tipo de ajuda de que você necessitava? (1) Não compreendeu de forma alguma (2) Não compreendeu muito (3) Mais ou menos (4) Compreendeu bem (5) Compreendeu muito bem		usatis4 _
Qual sua opinião sobre os serviços e a ajuda que você recebeu neste serviço? (1) Parece que eles pioraram as coisas (2) Não obtive nenhuma ajuda (3) Não obtive muita ajuda (4) Senti que obtive alguma ajuda (5) Senti que obtive muita ajuda		usatis5 _
Você está satisfeito com a discussão que fizeram com você sobre o seu tratamento neste serviço? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Indiferente (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito		usatis6 _
Você considera que a equipe deste serviço esta lhe ajudando? (1) Não (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Sim (5) Muito		usatis7 _
Em geral, como você classificaria a maneira que profissionais deste serviço te acolheram, eles foram amigáveis? (1) Nada amigável (2) Pouco amigável (3) Mais ou menos (4) Amigável (5) Muito amigável		usatis8 _
Em geral, como você classificaria a competência da equipe deste serviço? (1) Muito incompetente (2) Incompetente (3) Mais ou menos (4) Competente (5) Muito competente		usatis9 _
Na sua opinião, quanto de competência e conhecimento tinha a pessoa com quem você teve mais contato nesse serviço? (1) Muito incompetente (2) Incompetente (3) Mais ou menos (4) Competente (5) Muito competente		usatis10 _
Você ficou satisfeito com o conforto e a aparência deste serviço? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Indiferente (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito		usatis11 _
Como você classificaria as condições gerais das instalações (p. ex., instalações de banheiro/cozinha, refeições, prédio, etc.)? (1) Péssimas (2) Ruins (3) Regulares (4) Boas (5) Excelentes		usatis12 _

ANEXO III



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: DISPOSITIVOS DE INTEGRAÇÃO DA REDE DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE ITATIBA-SP: UMA PESQUISA DE IMPLEMENTAÇÃO

Pesquisador: Rosana Teresa Onocko-Campos

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 00827918.8.0000.5404

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Patrocinador Principal: CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO-CNPQ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.793.771

Apresentação do Projeto:

Solicitação de emenda ao projeto original. Segundo o documento PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS_1453108_E1.pdf 07/11/2019 : Justificativa da Emenda: O grupo de pesquisa avaliou importante o esclarecimento de algumas etapas da pesquisa e para tanto foi feito o acréscimo de dois objetivos específicos, inclusão de outros grupos de interesse em algumas das etapas da pesquisa e a descrição da ampliação do campo da pesquisa para outros serviços de saúde mental que compõem a rede de saúde mental de Itatiba, em especial no acolhimento a crise realizado a partir de internações em hospitais localizados em outros municípios que compõem Distrito Regional de Saúde de Itatiba, como a Enfermaria de Psiquiatria do Hospital da Clínicas da Unicamp. Justifica-se tais alterações pelo fato de aprofundar a avaliação do impacto da execução da pesquisa assim como sua intervenção para a qualificação do trabalho em rede a partir dos aspectos identificados como problemáticos. Espera-se que a partir das alterações realizadas a pesquisa seja mais consistente e consiga abarcar as complexidades do trabalho em rede.

Objetivo da Pesquisa:

São incluídos dois novos objetivos secundários:

- 1- Compreender a percepção dos usuários que necessitaram de internação psiquiátrica sobre a rede de saúde mental do município de Itatiba;
- 2- Compreender quais são os itinerários terapêutico dos usuários da rede de saúde mental do

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Bairro Geraldo

CEP: 13.083-987

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8938

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br



UNICAMP - CAMPUS
CAMPINAS



Continuação do Parecer: 3.793.771

Município de Itatiba.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Inalterados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Alterações apresentadas no documento CartaEmendaCEP.pdf 07/11/2019:

1–Inclusão da pesquisadora Michelle Chanchetti Silva no item Equipe de Pesquisa.

2-Inserção dos familiares e profissionais de saúde com as respectivas explicações nas etapas da pesquisa em que estão inclusos; Trata-se de uma proposta de estudo transversal, analítico, a ser realizado com usuários, familiares e trabalhadores dos serviços especializados de saúde mental do município de Itatiba-SP.

3-Inserção dos objetivos específicos secundários: compreender a percepção dos usuários que necessitaram de internação psiquiátrica sobre a rede de saúde mental do município de Itatiba; e compreender quais são os itinerários terapêuticos dos usuários da rede de saúde mental do Município de Itatiba - assim com os esclarecimentos de cada etapa deste item da pesquisa nos subitens como Tipo de estudo e delineamento, População de estudo, Logística, Análise dos dados, Aspectos éticos específicos, neste último subitem especificamente, vale ressaltar que os TCLEs utilizados serão os mesmos já aprovados pelo CEP nesta pesquisa, com alteração somente da descrição da técnica da entrevista;

4-Houve necessidade de inclusão da descrição da Regional de Saúde de Itatiba e contextualização da inclusão da Enfermaria de Psiquiatria do HC da Unicamp como campo no item Etapa de pré-implementação;

5- Inserção da Enfermaria de Psiquiatria do Hospital das Clínicas – UNICAMP e sua respectiva justificativa. O município de Itatiba integra o Distrito Regional sete (DRSVII) que compreende 42 municípios, responsáveis por coordenar as atividades da Secretaria de Estado da Saúde no âmbito regional e promover a articulação intersetorial, com os municípios e organismos da sociedade civil. Por isso, dentro o projeto se considera importante a realização de grupos focais com usuários e trabalhadores da Enfermaria de Psiquiatria do Hospital das Clínicas (HC) Unicamp – um dos pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) responsável pela Atenção Hospitalar do Distrito Regional de Saúde de Itatiba. A escolha da referida enfermaria deve-se ao fato de encaixar na parceria Unicamp-Itatiba marco do presente projeto; e também pelo fato da enfermaria de saúde mental no Hospital Geral estar mais alinhada aos pressupostos da reforma psiquiátrica.

6-Inserção dos critérios de inclusão dos familiares; Uma vez identificados, os usuários e familiares

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.063-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8036

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 3.703.771

serão contatados e caso atendam aos critérios de inclusão, convidados a participar do estudo. Os critérios de inclusão para o usuário serão: ser maior de idade; estar em acompanhamento no serviço no momento da entrevista tendo realizado pelo menos uma consulta nos últimos 3 meses. Os critérios de exclusão serão: ser portador de diagnósticos correspondentes às categorias F72 a F73 da Classificação Internacional de Doenças (CID) – Retardo Mental Grave e Retardo Mental Profundo. Os critérios de inclusão para o familiar serão: ser maior de idade; ser familiar de um usuário que tenha realizado pelo menos uma consulta nos últimos 3 meses e esteja em acompanhamento no serviço no momento da entrevista. Os critérios de exclusão serão: ser portador de diagnósticos correspondentes às categorias F72 a F73 da Classificação Internacional de Doenças (CID) – Retardo Mental Grave e Retardo Mental Profundo. A rede de Atenção primária do município de Itatiba-SP conta com 312 profissionais distribuídos em 6 Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais e 13 Unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF). No que se refere aos serviços de saúde mental, o município conta com 13 profissionais vinculados ao CAPS II, 13 profissionais vinculados ao CAPS AD, 14 profissionais vinculados ao NASF, além de profissionais que realizam atendimentos em saúde mental vinculados ao ambulatório de especialidades e ao Centro de Atenção à Criança. Para seleção dos entrevistados, será adotada amostragem censitária, ou seja, serão incluídos todos os trabalhadores que estiverem com vínculo na rede de Atenção primária e serviços especializados que aceitem participar da pesquisa.

7-Inserção das Variáveis a respeito do estudo dos Familiares no Quadro 3 e dos Trabalhadores no Quadro 4.

9-Inserção do mapeamento Itinerários terapêuticos dos usuários atendidos na rede saúde mental de em Itatiba. 6.5: Itinerários Terapêuticos 32 6.5.1: Tipo de estudo e delineamento Trata-se de uma proposta de estudo exploratório de natureza qualitativa que visa a avaliação a compreensão de quais são os itinerários terapêuticos dos usuários da rede de saúde mental do município de Itatiba. Os itinerários terapêuticos são constituídos por todos os movimentos desencadeados por indivíduos ou grupos na preservação ou recuperação da saúde, que podem mobilizar diferentes recursos que incluem desde os cuidados caseiros e práticas religiosas até os dispositivos biomédicos predominantes (atenção primária, urgência, etc.). Referem-se a uma sucessão de acontecimentos e tomada de decisões que, tendo como objeto o tratamento da enfermidade, constrói uma determinada trajetória (CABRAL et al., 2011). 6.5.2: População de estudo. A população elegível para esse estudo será compreendida pelos usuários atendidos no CAPS AD, CAPS II e ambulatório, sendo 10 usuários de cada referido serviço. Os critérios de inclusão para o serão: ser maior de idade; estar em acompanhamento no serviço no momento da entrevista tendo

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@ctm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 3.703.771

realizado pelo menos uma consulta nos últimos 3 meses. Os critérios de exclusão serão: ser portador de diagnósticos correspondentes às categorias F72 a F73 da Classificação Internacional de Doenças (CID) – Retardo Mental Grave e Retardo Mental Profundo. 6.5.3 logística Os itinerários terapêuticos serão construídos por meio de entrevista a profundidade conduzidos por dois membros da equipe de pesquisa, um assumirá o papel entrevistador e o observador. O papel do entrevistador será criar um clima favorável de modo que estimule o participante a discutir o tema e compartilhar suas opiniões (APÊNDICE G). O observador será responsável por tomar notas sobre o andamento da entrevista destacando aspectos não verbais da interação entre o entrevistador e o participante. Para realização das entrevistas, os usuários serão contatados via telefone e convidados a participar do estudo, e solicitados a comparecer no local do encontro, no dia e no horário marcado. Será reservada uma sala de tamanho e local adequados, sem ruídos ou interferências, de forma que se assegure a privacidade e facilite a entrevista. Serão fornecidas informações sobre a pesquisa e seus objetivos, e caso o usuário aceite participar da mesma, lhe será apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE F) em duas vias, cujo todas as laudas deverão ser rubricadas, além de assinadas pelo participante e pelo pesquisador na última lauda. Uma das vias ficará com o participante e a outra com o pesquisador. As entrevistas terão duração mínima de 1h30min e máxima de 2 horas e terão o seguinte procedimento: apresentação da entrevistador e observador; esclarecimento sobre a dinâmica da entrevista, realização de questões norteadora e finalização da entrevista. As entrevistas serão audiogravadas para posterior transcrição. 6.5.4: Análise dos dados Para análise dos dados produzidos a partir da entrevista, após transcrição na íntegra do material audiogravado, serão elaboradas narrativas de cada um dos entrevistados no intuito de tomar denso o material, mantendo-se fiel a história que nele se conta, mas não necessariamente em sua sequência temporal e tampouco reproduzindo as formas lexicais do participante. Para tal, será adotado o reconhecimento de núcleos argumentais tal como proposto por Ricoeur (1997). Após construção das narrativas, as mesmas serão apresentadas ao participante em um encontro subsequente para discussão. Nesse encontro, se realizará a leitura da narrativa e o participante poderá retificar o conteúdo da mesma, tendo como objetivo final a validação dos dados. 6.5.5: Aspectos éticos específicos Além da adoção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os aspectos éticos serão atendidos ainda pela garantia do direito de não participação na pesquisa; direito de desistir da pesquisa a qualquer momento sem qualquer ônus; livre acesso aos dados quando de interesse do participante e anonimato. O estudo 34 envolverá, exclusivamente, a realização de entrevistas. Não estará incluído nenhum tipo de procedimento invasivo ou coleta de material biológico. Compreendendo que toda pesquisa que

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 129
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.063-887
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Protocolo: 3.703.171

envolve seres humanos abarca riscos, se reconhece que por envolver perguntas sobre o processo de trabalho dos serviços, que invariavelmente é atravessado por disputas políticas e ideológicas, poderá haver desconforto entre os participantes. Esse risco se justifica pela necessidade de entender a experiência do sofrimento e a qualidade do cuidado nos serviços de saúde mental. Contudo, o risco de desconforto por ventura gerado pelos questionamentos da entrevista poderá ser minimizado através da ação dos pesquisadores como mediadores. Os usuários terão a possibilidade de interromper sua participação sempre que assim o desejarem, podendo retornar ou não para a sessão. Não haverá benefícios financeiros destinados aos participantes. O único benefício direto envolvido na participação do estudo será a oportunidade de expressar suas percepções acerca do processo de cuidado de saúde mental em rede.

6.6: Grupos focais usuários e trabalhadores

6.6.1 Tipo de estudo e delineamento: Trata-se de uma proposta de estudo exploratório de natureza qualitativa que visa à compreensão da percepção dos usuários que necessitaram de internação psiquiátrica sobre a rede de saúde mental do município de Itatiba por meio da utilização de grupos focais em dois grupos de interesse, usuários e trabalhadores.

6.6.2: População e amostragem A população elegível para o estudo será compreendida por trabalhadores da enfermagem de Psiquiatria do HC da Unicamp e usuários oriundos dos diversos pontos da rede de saúde e assistência social do município de Itatiba-SP. Serão realizados grupos focais por cada grupo de interesse (usuário e trabalhador), os grupos serão compostos por no mínimo 6 participantes até 12 pessoas, de acordo com a literatura de grupos focais narrativos proposto em MIRANDA et al., 2008.

6.6.3: Logística Os grupos focais serão conduzidos por dois membros da equipe de pesquisa, um assumirá o papel de moderador do grupo e outro de observador. O papel do moderador será criar um clima favorável que estimule todos os participantes a discutir o tema e compartilhar suas opiniões. O mesmo deverá facilitar a interação entre os participantes por meio da inserção de comentários e questões pré-definidas no roteiro norteador do grupo focal (APÊNDICE J e L). O moderador terá ainda como papel assegurar que o diálogo ocorra entre os membros do grupo e não entre ele e os membros do grupo. Já o observador será responsável por tomar notas sobre o andamento do grupo destacando aspectos não verbais da interação entre os participantes. Para realização dos grupos focais, serão agendados via telefone o dia e horário em que os trabalhadores convidados a participar do estudo serão solicitados a comparecer no local do encontro, onde será reservada uma sala de tamanho e local adequados, sem ruídos ou interferências, de forma que se assegure a privacidade e facilite o debate. Serão fornecidas informações sobre a pesquisa e seus objetivos, e caso o usuário ou trabalhador aceite participar da mesma, lhe será apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE L e M) em

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-8938 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fm.unicamp.br



UNICAMP - CAMPUS
CAMPINAS



Continuação do Parecer: 3.703.771

duas vias, cujo todas as laudas deverão ser rubricadas, além de assinadas pelo participante e pelo pesquisador na última lauda. Uma das vias ficará com o participante e a outra com o pesquisador. Após os devidos esclarecimentos e obtenção do consentimento dos participantes, os mesmos serão orientados para sentar em roda, sem assentos predefinidos, de forma que todos possam ter bom contato visual e estar em igual distância do moderador do grupo. Os encontros terão duração mínima de 1h30min e máxima de 2 horas e terão o seguinte itinerário: abertura da sessão; apresentação dos participantes entre si; esclarecimento sobre a dinâmica do debate; contextualização do tema com realização de questões norteadoras; debate; síntese dos momentos anteriores e encerramento da sessão. As sessões serão audiogravadas para posterior transcrição.

6.6.4: Análise dos dados Para análise dos dados produzidos a partir dos grupos focais, após transcrição na íntegra do material audiogravado, serão elaboradas narrativas de cada um dos grupos no intuito de tornar denso o material, mantendo-se fiel a história que nele se conta, mas não necessariamente em sua sequência temporal e tampouco reproduzindo as formas lexicais do grupo. Para tal, será adotado o reconhecimento de núcleos argumentais tal como proposto por Ricoeur (1997). Após construção das narrativas, as mesmas serão apresentadas aos participantes do grupo focal em um encontro subsequente para discussão. Nesse encontro, se realizará a leitura coletiva das narrativas e os participantes poderão retificar o conteúdo das mesmas, tendo como objetivo final a validação dos dados.

6.6.5: Aspectos éticos específicos Além da adoção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os aspectos éticos serão atendidos ainda pela garantia do direito de não participação na pesquisa; direito de desistir da pesquisa a qualquer momento sem qualquer ônus; livre acesso aos dados quando de interesse do participante e anonimato. O estudo envolverá, exclusivamente, a realização de entrevistas. Não estará incluído nenhum tipo de procedimento invasivo ou coleta de material biológico. Compreendendo que toda pesquisa que envolve seres humanos abarca riscos, se reconhece que por envolver perguntas sobre o processo de trabalho dos serviços, que invariavelmente é atravessado por disputas políticas e ideológicas, poderá haver desconforto entre os participantes. Esse risco se justifica pela necessidade de entender como a experiência do sofrimento e o processo de trabalho, e mesmo essas disputas, impactam na qualidade e o cuidado dos serviços de saúde mental. Contudo, o risco de desconforto por ventura gerado pelos questionamentos ou divergências do grupo poderá ser minimizado através da ação dos pesquisadores como mediadores. Os usuários e os trabalhadores terão a possibilidade de interromper sua participação no grupo sempre que assim o desejarem, podendo retornar ou não para a sessão. Não haverá benefícios financeiros destinados aos participantes. O único benefício direto envolvido na participação do estudo será a oportunidade de expressar suas

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.063-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8036

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@cm.unicamp.br



UNICAMP - CAMPUS
CAMPINAS



Continuação do Parecer: 3.703.TF1

percepções acerca do processo de cuidado de saúde mental em rede.

10-Em decorrência da inserção de novos itens no Sumário houve alteração da enumeração, por isso os números esta tarjados em amarelo;

11-Em decorrência da inserção de novos Apêndices, houve a alteração das enumerações por isso as letras estão tarjadas.

12- Inclusão do TCLE para familiares (Arquivo: APENDICE_B_TCLE_Familiares_sur)

13-Inclusão do TCLE trabalhadores (Arquivo: APENDICE_C_TCLE_Trabalhadores_SUR);

14-Inserção do Questionário Survey Familiares (Arquivo: APENDICE_E_QuestionArio_Survey_Familiares)

15-Inserção do Questionário Survey Trabalhador (Arquivo: APENDICE_F_QuestionArio_Survey_Trabalhador)

16-Inserção do Roteiro Nortador para Observação Participante (Arquivo: APENDICE_G_Roteiro_Norteador_para_Observacao_ParticipantRe)

17-Inserção dos TCLEs Itinerário Terapêuticos (Arquivo: APENDICE_I_TCLE_UsuariosItinerariosTerapeuticos)

18- Inserção do oteiro Norteador para Entrevista sobre Itinerários Terapêuticos (Arquivo: APENDICE_H_Questoes_Itinerario_terapeutico)

19-Inserção Roteiro Norteador Grupo Focal Enfermaria Psiquiátrica Hospital das Clínicas Unicamp - Usuários (Arquivo: APENDICE_J_OBSERVA_GF_EPsiqHCUnicamp_usuarios)

20 - Inserção Roteiro Norteador Grupo Focal Enfermaria Psiquiátrica Hospital das Clínicas Unicamp - Trabalhadores (Arquivo: APENDICE_K_Observ_GF_EPsiqHCUnicamp_trab)

21 - Inserção APÊNDICE L TCLE Enfermaria Psiquiátrica Hospital das Clínicas Unicamp - Usuários (Arquivo: APENDICE_L_Icle_usu_EPsiqHC)

22 - Inserção APÊNDICE L TCLE Enfermaria Psiquiátrica Hospital das Clínicas Unicamp - Trabalhadores (Arquivo: APENDICE_M_TCLE_trab_EPsiqHCUnicamp)

23 - Inserção da Carta de Anuência para Pesquisa na Enfermaria de Psiquiatria Hospital das Clínicas UNICAMP (Arquivo: APENDICE_V_carta_anuencia_EPsiq_HC_Unicamp).

Ainda - insere um Teste piloto para avaliação e possíveis ajustes do questionário pretende-se realizar uma aplicação prévia do questionário a 10 usuários, 10 familiares e 10 trabalhadores.

- Inclui 2 referências bibliográficas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- CartaEmendaCEP.pdf 07/11/2019: lista as alterações.

- emenda_29_10_19.pdf 04/11/2019 : apresenta primeira folha do projeto e nomeia as alterações

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.063-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br



UNICAMP - CAMPUS
CAMPINAS



Continuação do Parecer: 3.793.TT1

no projeto.

- - projeto_4_CEP_ITATIBA.pdf 30/10/2019: projeto completo com destaque nas alterações. - - Apresenta anuência da Enfermaria da Unicamp datada de outubro de 2019.

- Emenda_18_11_2019.pdf 18/11/2019 : Declara a inserção errônea do "PROJETO_3_pesquisa.pdf" (versão anterior), por acreditarmos que seria necessário manter tanto a versão anterior quanto a versão atual do projeto "projeto_4_CEP_ITATIBA.pdf". Foi retirada a versão anterior.

- CARTA_RESPOSTA.pdf 12/12/2019: cita ter adequado as pendências, mas não apresenta as respostas.

- PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_145310@_E1.pdf 12/12/2019

- anuencia2_Itatiba.pdf 12/12/2019: carta de anuência com as alterações da emenda assinada em dezembro de 2019.

Os apêndices abaixo são TCLEs com destaque nas alterações das adequações as pendências:

- APENDICE_B_editado_TCLE_Familiares.pdf 12/12/2019

- APENDICE_C_editado_TCLE_Trabalhadores_SUR.pdf 12/12/2019

- APENDICE_I_editado_TCLEItinerario_usu.pdf 12/12/2019

- APENDICE_L_editado_tcle_usu_EPsiqHC.pdf 12/12/2019

- APENDICE_M_editado_tcle_trab_EPsiq_HC_Unicamp.pdf 12/12/2019

- APENDICE_Q_editado_TCL_GF_avalicao_capacitacao.pdf 12/12/2019.

- APENDICE_J_editado_Roteiro_GF_ESMHC_Unicamp_Usuarios.pdf 12/12/2019: co inclusão da questão final "No seu tratamento você tem espaços para conversar com outros usuários sobre estratégias para lidarem com seu sofrimento e/ou tratamento?".

Recomendações:

Adequar erros:

- " e sobre como você tem sido acompanhando enquanto cuidador e anotará suas respostas"

- " familiar e não esperamos gerar gastos para você."

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8036

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 3.706.171

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Em consideração ao parecer de pendências anterior de 14 de Novembro de 2019, Número do Parecer: 3.706.228, pesquisador:

- encaminha o documento CARTA_RESPOSTA.pdf 12/12/2019 onde cita ter adequado as pendências, mas não apresenta as respostas.
- encaminha anuência da prefeitura do município de Itatiba para as alterações da emenda.
- Apresenta TCLEs com destaque nas alterações.
- Apresenta relatório parcial de acompanhamento do projeto com parecer aprovado em 16 de Dezembro de 2019, Número do Parecer: 3.775.312.

Conclusão:

emenda aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

- O participante da pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (quando aplicável).
- O participante 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 (quando aplicável).
- 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 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

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@fm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 3.793.771

e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas e aguardando a aprovação do CEP para continuidade da pesquisa.

- 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 semestrais 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".

- O pesquisador deve manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_145310_8_E1.pdf	12/12/2019 15:44:15		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	anuencia2_itatiba.pdf	12/12/2019 15:38:12	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_Q_editado_TCL_GF_avaliacao_capacitacao.pdf	12/12/2019 15:35:43	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_M_editado_tcle_trab_EPsiq_HC_Unicamp.pdf	12/12/2019 15:35:22	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_L_editado_tcle_usu_EPsiq_HC.pdf	12/12/2019 15:35:06	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_J_editado_Roteiro_GF_ES_MHC_Unicamp_Usuarios.pdf	12/12/2019 15:34:40	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	APENDICE_I_editado_TCLEitinerario_usuario.pdf	12/12/2019 15:34:13	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-8038 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação da Planilha: 3.793.771

Justificativa de Ausência	APENDICE_I_editado_TCLEitinerario_usu.pdf	12/12/2019 15:34:13	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_C_editado_TCLE_Trabalhadores_SUR.pdf	12/12/2019 15:33:53	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_B_editado_TCLE_Familiares.pdf	12/12/2019 15:33:37	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.pdf	12/12/2019 15:31:04	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Outros	Emenda_18_11_2019.pdf	18/11/2019 10:41:15	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Outros	CartaEmendaCEP.pdf	07/11/2019 11:44:03	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Outros	emenda_29_10_19.pdf	04/11/2019 07:22:58	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Outros	APENDICE_R_Roteiro_Norteador_Para_Observa_Participante.pdf	30/10/2019 11:13:35	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_Q_TCLE_GF_avalicao_capacita.pdf	30/10/2019 11:13:13	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Outros	APENDICE_P_roteiro_GF_Avalia_Capacita.pdf	30/10/2019 11:12:39	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Outros	APENDICE_O_Avalia_Da_Implementa.pdf	30/10/2019 11:12:18	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Outros	APENDICE_N_roteiro_GF_modelo_teorico.pdf	30/10/2019 11:09:45	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_L_tcle_usu_EPsiqHC.pdf	30/10/2019 11:09:10	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_M_TCLE_trab_EPsiqHCUnicamp.pdf	30/10/2019 11:08:12	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_K_Observ_GF_EPsiqHCUnicamp_trab.pdf	30/10/2019 11:08:28	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Outros	APENDICE_J_OBSERVA_GF_EPsiqHCUnicamp_usuarios.pdf	30/10/2019 11:05:17	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Outros	APENDICE_I_TCLE_Usuarios/Itinerarios_Terapeuticos.pdf	30/10/2019 11:03:24	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Outros	APENDICE_H_Questoes_itinerario_ter	30/10/2019	Rosana Teresa	Aceito

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.063-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)5521-8936

Fax: (19)5521-7187

E-mail: cep@cm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 3193771

Outros	apeutico.pdf	11:01:55	Onocko-Campos	Aceito
Outros	APENDICE_G_Roteiro_Norteador_para_Observacao_Participante.pdf	30/10/2019 11:01:33	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Outros	APENDICE_F_QuestionArio_Survey_Trabalhador.pdf	30/10/2019 11:01:04	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Outros	APENDICE_D_QuestionArio_Survey_UsoArios.pdf	30/10/2019 10:58:57	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Outros	APENDICE_E_QuestionArio_Survey_Familiares.pdf	30/10/2019 10:49:15	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_C_TCLE_Trabalhadores_SUR.pdf	30/10/2019 10:48:42	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_B_TCLE_Familiares_sur.pdf	30/10/2019 10:44:04	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_4_CEP_ITATIBA.pdf	30/10/2019 10:35:48	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Parecer Anterior	PARECER_ANTERIOR.pdf	22/11/2018 16:41:16	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	CARTA_RESPOSTA_AO_PARECER.pdf	22/11/2018 16:41:05	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE3.pdf	22/11/2018 16:40:22	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Outros	COMPROVANTE_DE_VINCULO_DA_PESQUISADORA.pdf	08/11/2018 16:03:23	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Outros	CARTA_DE_ANUENCIA.pdf	08/11/2018 16:02:35	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	10/10/2018 16:16:51	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Outros	INTREUMENTOS_DE_COLETA.pdf	10/10/2018 13:02:45	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	10/10/2018 13:02:02	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	10/10/2018 13:01:33	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.063-887
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-8036 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cnp@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 3.793.771

CAMPINAS, 03 de Janeiro de 2020.

Assinado por:
Maria Fernanda Ribeiro Bittar
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 129
Bairro: Bairro Gonzóia **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

ANEXO IV



CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA - (Resolução 466/12 do Ministério da Saúde) – USUÁRIOS.

Pesquisa: DISPOSITIVOS DE INTEGRAÇÃO DA REDE DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE ITATIBA-SP: UMA PESQUISA DE IMPLEMENTAÇÃO.

Pesquisador responsável: Rosana Teresa Onocko Campos

Número do CAAE: 00827918.8.0000.5404

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante da pesquisa e é elaborado em duas vias, assinadas e rubricadas pelo pesquisador e pelo participante/responsável legal, sendo que uma via deverá ficar com você e outra com o pesquisador. Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

Justificativa e objetivos:

O objetivo desta pesquisa é avaliar o funcionamento da rede de serviços de saúde mental aqui do município. A justificativa para realização desta pesquisa é a importância de saber como a rede de atendimento em saúde mental está funcionando e assim pensar alternativas para melhorá-la.

Procedimentos:

Participando do estudo você está sendo convidado a responder um questionário. A aplicação será aqui no serviço mesmo. O pesquisador vai fazer perguntas a você sobre seu tratamento nesse serviço e sobre como você chegou aqui, anotando suas respostas. A aplicação desse questionário será realizada uma única vez e deverá durar aproximadamente 40 minutos. Os questionários físicos serão armazenados pela pesquisadora responsável em local próprio na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas por um período de 3 anos e após isso serão destruídos.

Desconfortos e riscos:

Você não deve participar deste estudo se for portador de diagnósticos correspondentes às categorias F72 a F73 da Classificação Internacional de Doenças (CID) – Retardo Mental Grave e Retardo Mental Profundo.

Embora tenhamos o interesse de manter você o mais confortável possível, sabemos que existe o risco de que as perguntas deste estudo pode fazer você lembrar-se de coisas que podem causar desconforto, este risco se justifica pela necessidade de saber como essas coisas afetaram a sua chegada nesse serviço e como você é atendido aqui. Contudo, você pode parar a aplicação do questionário sempre que quiser, podendo continuar a responder ou não. Não há outros riscos previsíveis.

Benefícios:

Não haverá nenhum benefício financeiro para você na participação deste estudo, o único benefício direto será a oportunidade de falar como você se sente a respeito do seu atendimento aqui no serviço e sobre o que você passou para chegar aqui. Contudo, de forma indireta, você estará ajudando a entender os problemas que poderiam ser melhorados nos serviços de saúde aqui do município proporcionando assim um melhor atendimento para você e todos os demais usuários.

Acompanhamento e assistência:

Você tem o direito à assistência integral e gratuita devido a danos diretos e indiretos, imediatos e tardios, pelo tempo que for necessário. Caso necessário e consentido por você, qualquer situação de desconforto físico e emocional será relatada ao seu profissional de referência para que você possa receber atendimento e/ou apoio. Você terá o direito de acessar os seus dados e os resultados da pesquisa sempre que for de seu interesse. Lembramos que você pode cancelar sua participação no estudo a qualquer momento.

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Ressarcimento e Indenização:

Como o estudo será feito durante sua rotina nesse serviço, não esperamos gerar gastos para você, mas caso você tenha algum gasto para participar dessa pesquisa fora da sua rotina, você será ressarcido integralmente de suas despesas. Caso isso ocorra, esse ressarcimento será feito em espécie, no momento da entrevista, e você deverá assinar um recibo. Você terá a garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com Rosana Teresa Onocko Campos pelo email rosanaoc@mpc.com.br ou no Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp das 08:00hs às 11:30hs e das 13:00hs as 17:30hs: R. Albert Sabin, s/ nº. Cidade Universitária "Zeferino Vaz" CEP: 13083-894. Campinas, SP, Brasil. Telefone para contato: (19) 3521-9574.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP das 08:00hs às 11:30hs e das 13:00hs as 17:30hs na Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936 ou (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do (a) participante: _____

Assinatura do participante: _____

Data: ____ / ____ / ____.

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante da pesquisa. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP, quando pertinente. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante da pesquisa.

Assinatura do pesquisador: _____

Data: ____ / ____ / ____.