

Indicadores de saúde mental na atenção primária à saúde: avaliando a qualidade do acesso através da capacidade de detecção de casos

Mental health indicators in primary healthcare: assessment of the quality of access through case detection capacity

Indicadores de salud mental en la atención primaria de salud: evaluando la calidad del acceso a través de la capacidad de detección de casos

Manoela Alves Salgado ¹
Sandra Lucia Correia Lima Fortes ¹

doi : 10.1590/0102-311X00178520

Resumo

O objetivo foi demonstrar a frequência de detecção de transtornos mentais em unidades da atenção primária como marcador de acesso e indicador de cuidado em saúde mental. Realizou-se estudo de caso comparativo nos prontuários eletrônicos dos pacientes adultos atendidos em duas unidades de atenção primária vizinhas na cidade do Rio de Janeiro, Brasil, entre 2015-2016 e 2016-2017. Extraíram-se os diagnósticos feitos de transtornos mentais, utilizando-se da Classificação Internacional de Doenças (CID), dividindo-os em três grupos: transtornos mentais comuns (TMC: F32; F33; F40-45 – exceto F42 – e R45), transtornos mentais graves (TMG: F20-F29; F31-F39) e uso de álcool e drogas (AD: F10-F19 e Z72). Compararam-se os resultados com a prevalência comunitária de transtornos mentais encontrada na literatura. Foi aplicada análise estatística, teste qui-quadrado, além de análise qualitativa do cenário de cada unidade. Unidade A (2015-2016) apresentou baixo índice de detecção de todos os transtornos [TMG = 45 (0,8%); TMC = 148 (2,64%) e AD = 0]; e, na unidade B, foram detectados cerca de 50% dos casos esperados [TMG = 23 (0,98%); TMC = 140 (5,97%); AD = 130 (5,54%)]. Entre 2016-2017, verificou-se um aumento da detecção geral de transtornos mentais na unidade A [TMG = 89 (1,6%); TMC = 298 (5,24%); AD = 7 (0,12%)]; na unidade B, a detecção manteve-se semelhante [TMG = 25 (1,0%); TMC = 176 (7,14%) e AD = 121 (4,9%)]. Mudanças nas unidades foram detectadas. A distinção no índice de detecção foi utilizada como indicador para análise do cuidado em saúde mental, permitindo um estudo dos fatores que podem estar associados a essa variação, influenciando o acesso aos cuidados. O monitoramento desse indicador auxilia na qualificação do cuidado em saúde mental.

Atenção Primária à Saúde; Saúde Mental; Indicadores Básicos de Saúde

Correspondência

M. A. Salgado
Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Boulevard Vinte e Oito de Setembro 77, Rio de Janeiro, RJ
22000-000, Brasil.
manoela_salgado@hotmail.com

¹ Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.



Introdução

O modelo atual da atenção primária à saúde (APS) propõe que esta responda por 80% dos agravos da população a ela adscrita, incluindo problemas de saúde mental ¹, o que vem permitindo avanços nesses cuidados. Estudos têm revelado alta prevalência de problemas de saúde mental (56% ², 45,9% ³) em nosso país, o que está em consonância com pesquisas internacionais ⁴. Além disso, estudos ^{5,6} também demonstraram que os transtornos mentais estão associados a um maior impacto no desenvolvimento sustentável ⁷ e estão entre os mais relevantes fatores de incapacidade laborativa, principalmente em países de baixo desenvolvimento socioeconômico ^{8,9}, reforçando a importância de que o cuidado em saúde mental seja garantido.

Considerando este impacto dos transtornos mentais na população e reconhecendo a grande lacuna entre a necessidade de tratamento de transtornos mentais e a oferta de cuidado, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou um Plano de Ação de Saúde Mental (*Mental Health Gap Action Programme* – mhGAP), que aponta para a necessidade de aumento na cobertura de serviço para transtornos mentais em pelo menos 20% até ao ano 2020 ^{10,11}. Nesse processo, os cuidados primários de saúde são compreendidos como a base para reduzir a diferença entre o que a população precisa em termos de tratamento em saúde e o que é ofertado pela rede de saúde ^{12,13}. O fornecimento de cuidados primários em saúde mental para redução da lacuna de tratamento é cada vez mais importante e devem proporcionar acesso, longitudinalidade e a integralidade do cuidado, que são considerados os eixos de avaliação da qualidade do serviço ofertado ¹⁴.

Porém sabe-se que as equipes da APS não estão suficientemente habilitadas para atender pacientes com transtorno mental ¹⁵, necessitando de apoio e capacitação para a identificação e abordagem. A ampliação do escopo de ações na APS nessa área mostra-se de fundamental importância para o cuidado aos pacientes portadores de transtorno mental, e o modelo de cuidados colaborativos, integrando profissionais da atenção primária com profissionais de saúde mental, apresenta-se como solução para o problema ¹⁶. O cuidado colaborativo, que envolve o compartilhamento de informações, decisões clínicas e troca de experiências e conhecimentos entre profissionais da APS e do nível secundário, mostra-se como uma ferramenta de processo de trabalho que contribui para capacitar as equipes e reduzir a lacuna de tratamento dos pacientes com transtorno mental ¹⁷. No Brasil, o modelo implementado foi o apoio matricial ¹⁸ proposto a partir de 1999 por Campos ¹⁹, que se baseia na organização a partir de diferentes práticas de integração entre equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e da atenção especializada ²⁰, focando no estreitamento dos laços entre os diferentes níveis de cuidado em saúde. Um modelo semelhante é encontrado no Canadá ²¹, que recebe forte apoio governamental, o que possibilita sustentar mudanças organizacionais no sistema de saúde. Porém, enquanto o modelo canadense tem sido estudado e avaliado de diferentes perspectivas ^{17,21}, verifica-se que ele não tem sido realizado no Brasil, o que tem dificultado que este novo processo de trabalho (matriciamento) ²² e sua implementação estejam sendo avaliados, o que permitiria um planejamento de qualidade no seu acompanhamento.

Ao se organizar um serviço de saúde, é importante pensar indicadores para as atividades aplicadas que permitam avaliar sua qualidade, seu efeito nos fluxos de atendimento e relações de trabalho, e isso não vem ocorrendo de forma sistemática na saúde mental como um todo e no apoio matricial em especial. No cuidado em saúde mental pela APS, ainda não há um consenso sobre quais indicadores poderiam ser utilizados para avaliar a qualidade dos cuidados ofertados ²³. Com a elaboração dos indicadores, o monitoramento da qualidade do atendimento em saúde mental na APS possibilitaria um cuidado mais qualificado nas suas diversas estratificações e complexidades, otimizando a rede de saúde ²⁰.

Indicadores são definidos como medidas de base populacional que permitem quantificar a qualidade de um aspecto específico de cuidados, comparando-o a critérios baseados em evidências ²⁴. Indicadores podem ser elaborados a partir da população de referência (denominador) sendo comparada com aqueles pacientes cujo cuidado atende aos critérios do indicador (numerador) ^{24,25}.

Considerando a escassez de instrumentos quantitativos de avaliação no cenário brasileiro, a proposta de elaborar indicadores quantitativos de qualidade mostra-se de suma importância no momento atual. Lessard et al. ²⁶, em 2015, apontou três aspectos fundamentais para o cuidado integral do paciente com transtorno mental e, com isso, desenvolve critérios de qualidade para este cuidado:

o acesso ao sistema de saúde, a continuidade do cuidado e a integralidade da abordagem. Na realidade assistencial na APS brasileira no SUS, esses três aspectos poderiam ser avaliados utilizando-se diferentes parâmetros quantitativos passíveis de serem pesquisados a partir de dados registrados nas próprias unidades sistema de saúde: acesso, o uso adequado das prescrições, (incluindo tipo, dose e tempo de uso dos medicamentos psicotrópicos), o desenvolvimento de novas tecnologias terapêuticas na atenção primária e a construção de rede ²⁶. Com isso, há a possibilidade de avaliação do cuidado em todo sistema de saúde, nos diferentes períodos de utilização pelo paciente.

Considerando os eixos de avaliação citados acima, o primeiro passo a ser avaliado seria a capacidade da equipe da APS de detectar os casos de transtorno mental, possibilitando assim que o paciente tenha acesso aos cuidados em saúde. Kates et al. ¹⁷ e Kates ²¹ ressaltam importância da detecção precoce para redução da lacuna de tratamento em saúde mental ²⁷. O conceito de acesso, aqui, deve ser compreendido como a possibilidade de uso do dispositivo de saúde pelo paciente, em toda a sua integralidade ^{27,28,29}.

Na APS, essa avaliação já é feita para vários aspectos do cuidado ofertado, geralmente por meio de indicadores específicos para os agravos mais frequentes nas unidades de saúde, como hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus tipo II, que geram grande impacto social e econômico à população ^{30,31}. Estudo internacional ³² já sugere a utilização da prevalência populacional de agravos mais presentes na população, comparando-a com a frequência detectada destes nas unidades de saúde, como uma alternativa válida de indicador de monitoramento de qualidade na APS. Dessa forma, um método semelhante poderia se constituir numa alternativa de construção de um indicador de acesso em saúde mental.

Estudos brasileiros de prevalência populacional de transtornos mentais, tais como Andrade et al. ³, Maragno et al. ³³, Gonçalves & Kapczynsky ³⁴, Andrade et al. ³⁵ e Lopes et al. ³⁶, já trouxeram informações acerca das prevalências populacionais desses transtornos no país. Eles demonstraram que os transtornos mais prevalentes (vida, 12 meses e 1 mês, respectivamente) são: dependência de nicotina (25%, 11,4%, 9,3%), qualquer transtorno de humor, como depressão (18,5%, 7,6%, 5%), qualquer transtorno de ansiedade (12,5%, 7,7%, 6%), transtorno somatoforme (6%, 4,2%, 3,2%) e abuso/dependência de álcool (5,5%, 4,5%, 4%). Esses estudos demonstram alta prevalência de transtornos mentais na comunidade ^{3,32,33,34,35}, sendo que 10% dos pacientes apresentam alguma forma de incapacidade funcional significativa ³⁴.

Assim, poderia-se analisar o percentual dos pacientes cadastrados na ESF detectados com transtorno mental, comparando-se com a prevalência esperada para o território desse transtorno como indicador de detecção, componente fundamental na análise do acesso ao cuidado. Uma tentativa de avaliação do cuidado prestado pela APS em saúde mental dentro desse modelo foi o *Accountability*, metodologia aplicada por um período (2014-2016) no Município do Rio de Janeiro em suas unidades de saúde ³⁷. Seu objetivo era conhecer e acompanhar a evolução das equipes de saúde em relação a indicadores específicos, como número de hipertensos e diabéticos na área descrita, pacientes com tuberculose e HIV, tendo sido também estendido aos pacientes com transtornos mentais. Nesse processo, utilizou-se o número de pacientes cadastrados na unidade que possuíam um código internacional de doenças (CID-10 – Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão) ³⁸ para transtornos mentais e se comparou com a prevalência esperada na população descrita na literatura. Foi uma primeira tentativa utilizando-se essa metodologia e não foi novamente realizado após 2016.

O objetivo deste artigo é analisar a utilização da detecção de transtorno mental pela equipe da APS como indicador da qualidade de acesso, permitindo o estudo das dificuldades e capacidades encontradas na implementação desse cuidado pela APS. A alta prevalência de transtornos mentais na população ^{33,34} (síndromes depressivas/ansiosas, síndromes psicóticas, uso abusivo de álcool e outras drogas) faz que o assunto aqui abordado seja de grande importância para o desenvolvimento de políticas públicas em saúde.

Metodologia

Trata-se de um estudo de caso utilizando base de dados secundários do prontuário eletrônico (Vita-Care) ³⁹ de duas unidades de saúde da Área Programática 2.2, no Município do Rio de Janeiro, Brasil,

identificadas como unidade A e unidade B. Foram escolhidas por estarem localizadas na mesma comunidade, com população adscrita semelhante, recebendo matriciamento de psiquiatria e psicologia desde 2008. A unidade A possuía 3 equipes ESF, e unidade B, 1 equipe ESF. A rede de saúde mental da área era ampla e a ESF cobria 41 % da área. Existiam 3 equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), com 5 psicólogos e 3 psiquiatras, distribuídos em 7 unidades de saúde, cobrindo 25 equipes ESF, com 90 mil pacientes cadastrados.

O banco de dados extraído do prontuário inclui os registros de todos os pacientes atendidos pelas equipes da ESF e do NASF, pois eles são compartilhados integralmente, facilitando o acesso às evoluções e aos dados consolidados pelas equipes, permitindo a verificação de quantos pacientes no território já foram detectados, através do diagnóstico pelo CID-10. Foram extraídos dados de dois períodos 2015-2016 e 2016-2017.

A análise descritiva dos dados ocorreu por meio da comparação entre a frequência dos transtornos mentais encontrados nas unidades de saúde estudadas com dados epidemiológicos de prevalência populacional de transtornos mentais ^{3,34}, tomando como modelo o que foi realizado pelo *Accountability* ³⁷ em 2015 e 2016. Para análise, os dados referentes aos tipos de transtornos mentais foram divididos em transtornos mentais comuns (TMC – agravos de saúde mental mais comuns na população), transtornos mentais graves (TMG – agravos de saúde mental menos comuns na população e mais incapacitantes) e uso problemático de álcool e outras drogas (AD). Essa categorização já está estabelecida na literatura, utilizada no *Accountability* do Município do Rio de Janeiro, auxiliando na organização dos dados ³³.

Os TMCs incluem os códigos da CID-10: F32; F33 (síndromes depressivas); F40-45 (exceto F42) (síndromes ansiosas e somáticas) e a categoria R45 (sintomas e sinais relativos ao estado emocional). Já os TMGs incluem os CID-10: F20-F29 (síndromes psicóticas); F31 (síndromes maniformes). Foram incluídos também os diagnósticos relacionados AD, os CID-10: F10-F19, além de Z72 (problemas relativos ao estilo de vida).

O percentual de transtornos mentais detectados por patologia específica foi comparado à prevalência populacional esperada. Para tanto, foram utilizadas as seguintes prevalências populacionais: para TMG, temos a esquizofrenia com prevalência em 1% da população ⁴⁰, e os transtornos de humor bipolar (THB) com prevalência estimada de 2% ⁴¹, totalizando 3%. Os casos de TMC apresentam prevalência estimada com 13,7% de prevalência e AD 6% ³⁷ (excluindo o tabagismo).

Foram extraídos do VitaCare ³⁹ os diagnósticos de transtornos mentais (código CID-10: F00 ao F99) correspondentes aos anos de 2015-2016 e 2016-2017. Esses diagnósticos foram elaborados pelos médicos assistentes e inseridos de forma obrigatória no prontuário ao final de cada consulta, somente assim sendo possível concluir o atendimento. O prontuário gerava uma tabela de Excel, apresentando também as idades dos pacientes, a data da inserção do diagnóstico no prontuário, além das equipes às quais esses pacientes pertencem. Foram usados como parâmetro de referência somente adultos (utilizando o Sistema de Informação da Atenção Básica, contabilizando a partir dos 19 anos). A metodologia foi aplicada no *Accountability* ³⁷. Foi considerada a projeção de que 1/3 das pessoas cadastradas na ESF estaria abaixo do ponto de corte, excluindo-as do quantitativo total de cadastrados na unidade (denominador).

Após a coleta dos dados secundários, uma análise comparativa entre os CIDs obtidos dos anos de 2015-2016 e 2016-2017 foi realizada. Uma avaliação descritiva das equipes foi feita para assim conhecer seu contexto de funcionamento nos dois períodos estudados.

A análise estatística utilizada foi o teste qui-quadrado, com o programa estatístico SPSS (<https://www.ibm.com/>). É um teste de hipóteses que se destina a encontrar um valor da dispersão para duas variáveis categóricas nominais e avaliar a associação existente entre variáveis qualitativas. O princípio básico desse teste é comparar proporções, ou seja, possíveis divergências entre as frequências observadas e esperadas para certo evento. Assim, foi possível verificar se as diferenças encontradas nas unidades nos diferentes anos e entre si eram significativas.

O projeto foi submetido ao comitê de ética da Prefeitura do Rio de Janeiro, sob CAAE nº 67949517.2.3001.5279.

Resultados

Os resultados foram organizados em uma tabela contendo o percentual de pacientes detectados com transtorno mental, categorizados, comparando-os com a prevalência esperada na literatura. A Tabela 1 contém os resultados obtidos para o período I (2015-2016) em ambas as unidades (A e B), período II (2016-2017) em ambas as unidades (A e B), permitindo comparação entre períodos (2015-2016 versus 2016-2017) em ambas as unidades (A e B).

Período 2015-2016

Na unidade A, com 5.593 cadastrados, encontramos, em relação aos TMG, 45 casos detectados, o que significa 0,8%, número abaixo da prevalência esperada de 3%. Nos casos de TMC, tivemos 148 casos detectados, correspondendo a 2,64% dos cadastrados, abaixo da prevalência de 13,7%. Já em relação ao uso de álcool e drogas, não houve detecção de casos.

Na unidade B, com 2.343 cadastrados, encontramos, em relação aos TMG, 23 casos, o que corresponde a 0,98%, inferior à prevalência esperada de 3%. No caso dos TMC, tivemos 140 casos, o que corresponde a 5,97%, com prevalência esperada de 13,7%. Os casos de uso de álcool e drogas foram os que chegaram mais perto da prevalência esperada, em torno de 6%, já que na unidade foram encontrados 130 pacientes, correspondendo a 5,54% dos cadastrados.

Período 2016-2017

Na unidade A, com 5.682 cadastrados, foram 89 casos TMG detectados, correspondendo a 1,6%, abaixo dos 3% esperado. Os pacientes detectados como TMC somaram 298, correspondendo a 5,24%, abaixo dos 13% esperados. Já os pacientes identificados com uso nocivo de álcool e outras drogas corresponderam a 0,12% dos cadastrados, sendo 7 pacientes identificados, abaixo dos 6% esperados.

Na unidade B, com 2.463 cadastrados, foram identificados 25 casos TMG, 1% dos pacientes detectados, abaixo da prevalência esperada de 3%. Já em relação aos TMC, foram 176 detectados, 7,14%, abaixo dos 13,7% esperados. Em relação ao uso nocivo de álcool e drogas, foram 121 casos identificados, 4,9%, abaixo do esperado de 6%.

Avaliando o diagnóstico TMG e uso nocivo de álcool e outras drogas

Em relação aos quadros de TMG, nota-se que a baixa detecção corresponde principalmente a uma dificuldade em detectar novos casos com diagnóstico de THB. Na unidade A, no período I, somente 0,3% dos casos de THB foram detectados, quando a prevalência esperada seria de 2%. No período II,

Tabela 1

Comparação de patologias detectadas por unidade, nos dois períodos estudados (2015-2016; 2016-2017). Rio de Janeiro, Brasil.

Patologia	2015-2016				2016-2017				% esperado
	Unidade A		Unidade B		Unidade A		Unidade B		
	% detecção	n	% detecção	n	% detecção	n	% detecção	n	
TMG	0,80	45	0,98	23	1,60	89	1,00	25	3,00
TMC	2,64	148	5,97	140	5,24	298	7,14	176	13,70
AD	0,00	0	5,54	130	0,12	7	4,90	121	6,00
Total	3,44	193	12,49	256	6,97	394	13,04	322	22,70

AD: álcool e outras drogas; TMC: transtorno mental comum; TMG: transtorno mental grave.

na unidade A, 0,47% foram detectados, mantendo o padrão de baixa detecção. Na unidade B, período I, 0,21% dos casos eram THB. No período 2, 0,51% dos casos foram de THB.

Ao analisar de forma detalhada os diagnósticos TMG, identificou-se que a categoria F29 (Psicose não orgânica não especificada) foi utilizada diversas vezes nas duas unidades, indicando uma dificuldade de fazer diagnósticos específicos. No período I, unidade A, encontramos 42 pacientes com diagnóstico na categoria F20-F29, dentre estes, 15 enquadram nos diagnósticos não especificados (F29) (35,7%). Já no período II, de 78 paciente identificados nas categorias F20-F29, 27 seriam inespecíficos (F29) (34%).

Na unidade B, no período I, dos 18 pacientes com diagnóstico na categoria F20-F29, 9 eram diagnósticos não especificados (F29) (50%). Já no período II, foram encontrados 19 pacientes com diagnóstico na categoria F20-F29, sendo 10 com diagnóstico inespecífico (F29) (52%). Por ser uma categoria inespecífica na classificação diagnóstica, é possível apontar uma dificuldade em refinar os diagnósticos psiquiátricos na APS, gerando subnotificação de algumas categorias.

Em relação ao uso nocivo de álcool e outras drogas, percebemos grande dificuldade da unidade A em identificar os casos. No primeiro período, não houve qualquer identificação. Já no segundo período, apesar de estar abaixo da prevalência esperada, foi possível detectar um pequeno número de casos (7), correspondendo a 0,12% dos cadastrados. A unidade B mostrou-se mais capaz de identificar seus casos. No primeiro período, apresentou detecção de 5,54% dos cadastrados e, no segundo período, 4,9% dos cadastrados.

Análise interunidades período I

Na análise comparativa interunidades, no período I, vemos uma distinção na capacidade de detecção dos casos de transtornos mentais. Apesar de a detecção de ambas estar abaixo da prevalência populacional, a unidade B demonstrou maior capacidade em reconhecer os agravos em saúde mental na primeira etapa.

Nota-se uma diferença entre a capacidade de detecção da unidade A com a unidade B em relação aos TMC, TMG e uso nocivo de álcool e outras drogas significativo ($p < 0,000$).

Análise interunidades período II

No período entre 2016-2017, nota-se uma modificação no padrão de detecção dos casos. Em relação aos TMC e álcool e outras drogas, o nível de 5% de significância ($p < 0,000$) aponta diferença entre as duas unidades: a unidade A apresenta uma relativa melhora na capacidade de identificação dos casos, apesar de ainda estar detectando em menor grau que a unidade B. Já a unidade B apresentou estabilidade na sua capacidade de detecção. Em relação aos TMG, não foram encontradas diferenças estatísticas.

Análise interunidade: comparação entre períodos 2015-2016 versus 2016-2017

Comparando as unidades nos dois períodos, também podemos notar diferenças. Na unidade A, há uma significativa diferença de detecção de casos TMC entre os dois períodos (2,36 % para 5,24 %, $p < 0,000$), porém não foram encontradas diferenças estatísticas em relação aos TMG (2% para 1,7 %) e álcool e outras drogas (0% para 0,9%).

Na unidade B, encontramos um padrão semelhante, com diferença de detecção para TMC (4,8% para 7,14%, $p < 0,000$), mas não para TMG e álcool e outras drogas.

No primeiro período, a unidade A apresentou uma maior dificuldade em detectar casos de TMC comparando com a unidade B. Porém, no segundo período estudado, houve melhora da detecção desses casos na unidade A e estabilização da detecção de casos de TMC pela unidade B.

Em relação aos casos de TMG, houve pouca variação nas detecções de casos em ambas as unidades e em ambos os períodos. Entretanto pudemos notar um padrão de dificuldade de detecção de casos de THB nas duas equipes.

Já em relação ao uso nocivo de álcool e outras drogas, chamou atenção a ausência de detecção de casos na unidade A no primeiro período estudado, com pequena melhora no segundo período,

porém ainda muito inferior à prevalência desse transtorno na população. Na unidade B, verifica-se estabilidade de detecção no período (diferenças não significativas), variando entre 5,54% a 4,9% dos cadastrados.

O contexto das equipes e das unidades nos períodos estudados

Verificaram-se diferenças na composição das equipes entre as unidades no período I. Na unidade A, os médicos e enfermeiros não possuíam especialização em Saúde da Família e havia rotatividade de profissionais constante, impossibilitando a longitudinalidade do cuidado. Já na unidade B, tanto a médica quanto a enfermeira obtiveram especialização em Saúde da Família e já trabalhavam na unidade há mais de cinco anos. É importante ressaltar que ambas as unidades eram servidas de NASF de psiquiatria e psicologia de forma estável e com a mesma equipe de profissionais ao longo de quatro anos.

Já no segundo período estudado, a unidade B se manteve estável em relação à detecção de casos de saúde mental, e a unidade A apresentou melhora na identificação, principalmente referente aos casos de TMC. Essa mudança ocorreu na unidade A após estabilização da equipe da APS por um período maior, junto com trabalho regular da equipe NASF. A unidade B manteve a equipe NASF, porém a equipe da APS sofreu diversas mudanças durante o segundo período estudado, afetando a identificação de novos casos de transtorno mental, principalmente TMC.

Discussão

Os principais resultados apontados nesse estudo demonstram a ampliação da detecção de casos de TMC em duas unidades ao longo do tempo. Em relação ao uso nocivo de álcool e outras drogas, foi verificada ausência de detecção em uma das unidades. Nos casos de TMG, estável nos dois períodos estudados, percebe-se baixa detecção de casos de THB em ambas as unidades e uso de diagnósticos inespecíficos de psicose.

Com isso, algumas considerações podem ser feitas referentes aos resultados alcançados no estudo, como a influência da longitudinalidade das equipes em relação a sua capacidade de detecção de diagnósticos de transtorno mental, a dificuldade na detecção de uso nocivo de álcool e drogas e THB, além de utilização de diagnósticos inespecíficos em saúde mental.

Analisando a temática da continuidade dos cuidados em saúde, estudos ^{42,43,44} apontam que alta rotatividade de profissionais (mais de 50%) afeta a qualidade do serviço ofertado, tanto em produtividade quanto em cuidado aos pacientes. Podemos pensar que o termo Longitudinalidade engloba, além do vínculo do profissional com o paciente, a garantia da inserção de informações fidedignas em prontuário e o vínculo do paciente com a unidade de saúde, recebendo cuidados mais abrangentes e informações importantes para o autocuidado, principalmente nas doenças crônicas. Com isso, os resultados obtidos, estão em acordo com tais estudos, pois mostram que a detecção dos casos de TMC, mais frequentemente encontrados na APS, sofreu interferência do cuidado longitudinal, associando-se positivamente à estabilidade da equipe e à capacitação desta para o trabalho na APS ⁴⁵. Esses casos aparecem na APS como sintomas mistos, muitas vezes com queixas médicas inexplicáveis, o que dificulta a sua identificação ⁴⁶. O vínculo com o profissional de saúde e com a instituição permite um diagnóstico mais rápido e fidedigno, qualificando acesso ao cuidado desses pacientes ^{42,43,44}.

Ao refinarmos a análise dos dados obtidos, é possível fazer outros apontamentos. A unidade B apresentou no geral uma melhor capacidade em detectar os agravos em saúde mental, comparado com a unidade A. Essa diferença no primeiro período avaliado ficou evidente, principalmente nos casos de uso inadequado de álcool, em comparação a unidade A (não foi capaz detectar um único caso). Esse estudo demonstra que a capacidade de identificação de casos de saúde mental, especialmente da categoria dos TMCs, mostra-se sensível à estabilidade e qualificação da equipe, que influencia na longitudinalidade do cuidado ⁴⁷.

Outro ponto a ser destacado neste estudo são os casos de TMG. A maioria destes constituía-se de pacientes com diagnóstico de psicose (CID-10: F20-F29) e raros casos de THB, apesar de a prevalência destes ser maior. Podemos levantar a hipótese de que alguns quadros diagnosticados como depressão seriam THB, porém o mais importante é avaliar se esses casos de THB não seriam também os mesmos

casos de uso de álcool e drogas não avaliados que, muitas vezes, estão relacionados entre si ⁴⁸. São casos frequentemente de difícil manejo, que demandam tempo e uma elaboração diagnóstica mais complexa e que apresentam dificuldade em chegar às unidades de saúde, pois o próprio paciente não reconhece seu adoecimento ⁴⁵.

Portanto é necessário apontar que o indicador de qualidade em saúde relativo à identificação de CID, assim como já feito para as patologias mais comuns na APS (HAS e diabetes mellitus), é um caminho natural para ampliar a integralidade do cuidado em saúde mental na APS e para reduzir a lacuna de tratamento ⁸. Outro ponto a ser levantado é o uso da prevalência dos transtornos mentais como forma de elaborar os indicadores de detecção de agravos. A comparação entre a detecção dos casos na unidade com a prevalência esperada mostrou a dificuldade em ambas as equipes em detectar os pacientes com transtornos mentais.

Este estudo é pioneiro em propor a detecção de transtornos mentais na APS, comparando-a com a prevalência esperada, como indicador de qualidade de acesso dos pacientes aos cuidados em saúde mental. Um avanço deste estudo foi a possibilidade de analisar duas unidades de saúde no mesmo território, mas com composições diferentes de equipe, além da extração dos dados ter sido feita em dois momentos distintos.

A aplicação na prática deste estudo seria por meio da utilização da detecção como indicador de qualidade na melhoria dos serviços de saúde. A elaboração de políticas públicas e monitoramento das equipes da APS em relação aos casos de saúde mental depende de dados quantitativos para que seja possível visualizar o trabalho exercido pelas equipes ESF. Com isso, a utilização da proposta deste artigo facilitaria o acompanhamento do desempenho das equipes da APS, permitindo a ampliação do acesso dos pacientes com transtorno mental ao cuidado integral.

Em relação às limitações deste estudo, ele foi realizado em uma área específica da cidade, limitando o N coletado na amostra. Outro ponto a ser destacado é que a coleta de dados depende de prontuário eletrônico para sua extração. Caso haja mudança de sistemas, é necessário que haja a garantia de que os dados inseridos no prontuário a ser substituído não sejam perdidos. No mais, é preciso apontar que, por se tratar de fonte de dados secundária, é possível que parte dos achados sejam atribuível a subregistro.

Conclusão

A utilização da detecção de transtornos mentais como indicador de acesso mostrou-se útil como ferramenta de trabalho para analisar os componentes do cuidado aos pacientes portadores de transtorno mental na APS. Esse indicador é semelhante aos tradicionalmente utilizados para outros agravos de características crônicas e de alta prevalência, foco da APS. A literatura ⁸ mostra o quanto a lacuna de cuidado em saúde mental se apresenta na saúde, gerando impacto no cuidado, sendo importante barreira no acesso. Dessa forma, foi possível identificar fragilidades no cuidado prestado pelas equipes e diferenças entre as duas unidades no mesmo território, especialmente em relação ao uso nocivo de álcool e THB, além de apontar para a estabilidade da equipe como um facilitador para detecção de TMC.

Colaboradores

M. A. Salgado contribuiu com a concepção do projeto, coleta e interpretação dos dados e na redação do artigo e aprovou a versão a ser publicada. S. L. C. L. Fortes contribuiu com a concepção do projeto, interpretação dos dados e revisão do artigo.

Informações adicionais

ORCID: Manoela Alves Salgado (0000-0001-7261-6339); Sandra Lucia Correia Lima Fortes (0000-0002-9918-1555).

Referências

1. Wadge H, Bhatti Y, Carter A, Harris M, Parston G, Darzi A. Brazil's Family Health Strategy: using community health workers to provide primary care. Washington DC: Commonwealth Fund; 2016.
2. Fortes S, Villano L, Lopes C. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petropolis, Rio de Janeiro. *Braz J Psychiatry* 2008; 30:32-7.
3. Andrade L, Walters E, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37: 316-25.
4. Patel V, Xiao S, Chen H, Hanna F, Jotheeswaran A, Luo D, et al. Magnitude of and health system responses to the mental health treatment gap in adults in India and China. *Lancet* 2016; 388:3074-84.
5. Zolnierok C. Mental health policy and integrated care: global perspectives. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2008; 15:562-8.
6. Sunkel C. Empowerment and partnership in mental health. *Lancet* 2012; 379:201-2.
7. Chisholm D, Flisher AJ, Lund C, Patel V, Saxena S, Thornicroft G, et al. Scale up services for mental disorders: a call for action. *Lancet* 2007; 370:1241-52.
8. World Health Organization. MHGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP). Geneva: World Health Organization; 2010.
9. Hailemariam M, Fekadu A, Selamu M, Alem A, Medhin G, Giorgis TW, et al. Developing a mental health care plan in a low resource setting: the theory of change approach. *BMC Health Serv Res* 2015; 15:429.
10. World Health Organization. Mental health action plan 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 2013.
11. Hock RS, Or F, Kolappa K, Burkey MD, Surkan PJ, Eaton WW. A new resolution for global mental health. *Lancet* 2012; 379:1367-8.
12. Vingilis E, Paquette-Warren J, Kates N, Crustolo AM, Greenslade J, Newman S. Descriptive and process evaluation of a shared primary care model. *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practices* 2007; 5(4). <https://nsuworks.nova.edu/ijahsp/vol5/iss4/10/>.
13. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005; 83:457-502.
14. Raney LE. Integrating primary care and behavioral health: the role of the psychiatrist in the collaborative care model. *Am J Psychiatry* 2015; 172:721-8.
15. Lima A, Fleck M. Quality of life, diagnosis, and treatment of patients with major depression: a prospective cohort study in primary care. *Braz J Psychiatr* 2011; 33:245-51.
16. Ivbijaro G, Enum Y, Khan A, Lam S, Gabzdy L. Collaborative care: models for treatment of patients with complex medical-psychiatric conditions. *Curr Psychiatry Rep* 2014; 16:506.
17. Kates N, McPherson-Doe C, George L. Integrating mental health services within primary care settings: The Hamilton Family Health Team. *J Ambul Care Manage* 2011; 34:174-82.
18. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:399-407.
19. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc Saúde Colet* 1999; 4:393-403.
20. Fortes S, Menezes A, Athié K, Chazan LF, Rocha H, Thiesen J, et al. Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a Atenção Primária pelo matriciamento. *Physis (Rio J.)* 2014; 24:1079-102.
21. Kates N. Mental health and primary care: contributing to mental health system transformation in Canada. *Can J Commun Ment Health* 2017; 36:33-67.

22. Chiaverini DH, Gonçalves DA, Ballester D, Toffoli LF, Chazan LF, Almeida N, et al. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília: Centro de Estudos e Pesquisas em Saúde Coletiva, Ministério da Saúde; 2011.
23. Sapag J, Rush B, Barnsley J. Evaluation dimensions for collaborative mental health services in primary care systems in Latin America: results of a Delphi group. *Adm Policy Ment Health* 2015; 42:252-64.
24. Sunderji N, Ion A, Lin E, Ghavam-Rassoul A, Jansz G. Participatory approaches to evaluating integrated care: the vital role for client inclusion and participation. *BMJ Qual Saf* 2018; 27:90-1.
25. Souza M. Expansão do Programa Saúde da Família (PSF) e identificação de problemas relacionados ao uso de álcool no Brasil. *Braz J Psychiatry* 2005; 27:341-8.
26. Lessard L, Fournier L, Gauthier J, Morin D. Quality assessment of primary care for common mental disorders in isolated communities: taking advantage of health records. *Rural Remote Health* 2015; 15:3224.
27. Pomerantz A, Cole B, Watts B, Weeks W. Improving efficiency and access to mental health care: combining integrated care and advanced access. *Gen Hosp Psychiatry* 2008; 30:546-51.
28. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública* 2008; 24 Suppl 1:S100-10.
29. Schwartz TD, Ferreira JTB, Maciel ELN, Lima RCD. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). *Ciênc Saúde Colet* 2010; 15:2145-54.
30. Ferreira JM, Kulbok P, Silva CAB, Andrade FB, Costa ICC. Indicadores de qualidade na atenção primária à saúde no Brasil: uma revisão integrativa. *Rev Ciênc Plur* 2017; 3:45-68.
31. Campbell SM, Roland MO, Quayle JA, Buetow SA, Shekelle PG. Quality indicators for general practice: which ones can general practitioners and health authority managers agree are important and how useful are they? *J Public Health Med* 1998; 20:414-21.
32. Gribben B, Coster G, Pringle M, Simon J. Quality of care indicators for population-based primary care in New Zealand. *N Z Med J* 2002; 115:163-6.
33. Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:1639-48.
34. Gonçalves DM, Kapczinsky F. Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública* 2008; 24:1641-50.
35. Andrade LH, Wang YP, Andreoni S, Silveira CM, Alexandrino-Silva C, Siu ER, et al. Mental disorders in megacities: findings from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. *PLoS One* 2012; 7:e31879.
36. Lopes CS, Hellwig N, Silva GA, Menezes PR. Inequities in access to depression treatments: results to the Brazilian National Health Survey – PNS. *Int J Equity Health* 2016; 15:154.
37. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Saúde inicia terceiro ciclo dos Seminários de Gestão – Accountability. <http://www.rio.rj.gov.br/web/guest/exibeconteudo?id=5460833> (acessado em 03/Jul/2017).
38. Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: 10ª revisão. São Paulo: Universidade de São Paulo/Organização Pan-Americana da Saúde/Ministério da Saúde; 2001.
39. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Manual instrutivo: relatório de atividades dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no Prontuário eletrônico (versão3.1). https://subpav.org/download/prot/MANUAL%20INSTRUTIVO%20NASF_Versao%203.1.pdf (acessado em 03/Jul/2017).
40. Mari J, Piglet R. The epidemiology of schizophrenia. *Braz J Psychiatry* 2000; 22:15-7.
41. Kapczinski F, Quevedo J. Transtorno bipolar: teoria e clínica. Porto Alegre: Artmed; 2015
42. Giovani MSP, Vieira CM. Longitudinalidade do cuidado diante da rotatividade de profissionais na Estratégia Saúde da Família. *RECIIS (Online)* 2013; 7(4). <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/572>.
43. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da atenção primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciênc Saúde Colet* 2011; 16:1029-42.
44. Cabana MD, Jee SH. Does continuity of care improve patient outcomes? *J Fam Pract* 2004; 53:974-80.
45. Cunha M, Giovanella L. Longitudinality/continuity of care: identifying dimensions and variables for the evaluation of primary care in the context of the public health system. *Ciênc Saúde Colet* 2011; 16 Suppl 1:1029-42.
46. Goldberg D, Huxley P. Common mental disorders: a bio-social model. London: Routledge; 1992.
47. Medeiros CRG, Junqueira AGW, Schwingel G, Carreno I, Jungles LAP, Saldanha OMFL. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Colet* 2010; 15 Suppl 1:1521-31.
48. Ribeiro M, Orange Tree R, Cividanes G. Transtorno bipolar do humor e uso indevido de substâncias psicoativas. *Revista de Psiquiatria Clínica* 2005; 32:78-88.

Abstract

The objective was to demonstrate the rate of detection of mental disorders in primary healthcare units as a marker of access and indicator of care in mental health. A comparative case study was performed in the electronic patient files of adults seen in two neighboring primary care units in the city of Rio de Janeiro, Brazil, in 2015-2016 and 2016-2017. Diagnoses of mental disorders were extracted, using the International Classification of Diseases, dividing them into three groups: common mental disorders (CMD: F32; F33 F40-45, except F42, and R45), severe mental disorders (SMD: F20-F29; F31-F39), and alcohol and drug use (AD: F10-F19 and Z72). The results were compared to the community prevalence of mental disorders reported in the literature. Statistical analysis was applied with the chi-square test, in addition to a qualitative analysis of each unit's scenario. Unit A (2015-2016) showed a low detection rate for all disorders [SMD = 45 (0.8%); CMD = 148 (2.64%) and AD = 0]; unit B detected about 50% of the expected cases [SMD = 23 (0.98%); CMD = 140 (5.97%) and AD = 130 (5.54%)]. In 2016-2017 there was an increase in the overall detection of mental disorders at unit A [SMD = 89 (1.6%); CMD = 298 (5.24%) and AD = 7 (0.12%)], in unit B the detection rate remained similar [SMD = 25 (1.0%); CMD = 176 (7.14%) and AD = 121 (4.9%)]. Changes in the units were detected. Distinction in the detection rate was used as an indicator for analysis of mental health care, allowing the study of factors potentially associated with this variation, influencing access to care. Monitoring this indicator helps improve mental health care.

Primary Health Care; Mental Health; Health Status Indicators

Resumen

El objetivo fue demostrar la frecuencia de detección de trastornos mentales en unidades de atención primaria como marcador de acceso e indicador de cuidado en salud mental. Estudio de caso comparativo con formularios electrónicos de los pacientes adultos atendidos en dos unidades de atención primaria cercanas a la ciudad de Río de Janeiro, Brasil, entre 2015-2016 y 2016-2017. Se extrajeron los diagnósticos realizados de trastornos mentales, utilizándose de la Clasificación Internacional de Enfermedades, dividiéndolos en tres grupos: trastornos mentales comunes (TMC: F32; F33 F40-45, excepto F42 y R 45), trastornos mentales graves (TMG: F20-F29; F31-F39) y consumo de alcohol y drogas (AD: F10-F19 y Z72). Se compararon los resultados con la prevalencia comunitaria de trastornos mentales encontrada en la literatura. Se aplicó análisis estadístico, test chi-cuadrado, además de un análisis cualitativo del escenario de cada unidad. Unidad A (2015-2016) presentó un bajo índice de detección de todos los trastornos [TMG = 45 (0,8%); TMC = 148 (2,64%) y AD = 0]; unidad B fueron detectados cerca de un 50% de los casos esperados [TMG = 23 (0,98%), TMC = 140 (5,97%) y AD = 130 (5,54%)]. Entre 2016-2017 se verificó un aumento de la detección general de trastornos mentales en la unidad A [TMG = 89 (1,6%); TMC = 298 (5,24%) y AD = 7 (0,12%)], unidad B la detección se mantuvo semejante [TMG = 25 (1,0%); TMC = 176 (7,14%) y AD = 121 (4,9%)]. Se detectaron cambios en las unidades. La distinción en el índice de detección fue utilizada como indicador para el análisis del cuidado en salud mental, permitiendo un estudio de los factores que pueden estar asociados a esta variación, influenciando en el acceso a los cuidados. La supervisión de este indicador ayuda en la cualificación del cuidado en salud mental.

Atención Primaria de Salud; Salud Mental; Indicadores de Salud

Recebido em 22/Jun/2020

Versão final reapresentada em 03/Jan/2021

Aprovado em 08/Jan/2021