



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**A INTEGRAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL**

VALDECIR CARNEIRO DA SILVA

NATAL/RN

2022

VALDECIR CARNEIRO DA SILVA

**A INTEGRAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte como requisito para a obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde.

Orientador: Profa. Dra. Severina Alice da Costa Uchôa

NATAL/RN

2022

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial do Centro Ciências da Saúde - CCS

Silva, Valdecir Carneiro da.

A integração da saúde mental na atenção primária à saúde no Brasil / Valdecir Carneiro da Silva. - 2022.
73f.: il.

Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde. Natal, RN, 2023.

Orientadora: Severina Alice da Costa Uchôa.

1. Saúde Mental - Tese. 2. Atenção Primária à Saúde - Tese. 3. Determinantes Sociais de Saúde - Tese. 4. Cuidados Colaborativos - Tese. 5. Avaliação em Saúde - Tese. I. Uchôa, Severina Alice da Costa. II. Título.

Elaborado por ANA CRISTINA DA SILVA LOPES - CRB-15/263

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

Prof. Dr. Eryvaldo Sócrates Tabosa do Egito

VALDECIR CARNEIRO DA SILVA

**A INTEGRAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL**

Aprovada em ____ / ____ / _____

Banca examinadora:

Presidente da Banca:

Profa. Dra. Severina Alice da Costa Uchôa
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Membros da Banca:

Profa. Dra. Eulália Maria Chaves Maia
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Paulo Moreira Silva Dantas
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Profa. Dra. Cláudia Helena Soares de Moraes Freitas
Universidade Federal da Paraíba

Profa. Dra. Carla Campos Muniz Medeiros
Universidade Estadual da Paraíba

Às minhas mães: Maria José Carneiro e Maria Cícera Carneiro; e demais familiares presentes e in memoriam,

Aos professores e professoras de todos os níveis de ensino, principalmente os da Educação Infantil Pública, na qual fui acolhido, inserido, investido e estimulado no cenário do Grupo Escolar, ainda que fosse uma criança pobre e vulnerável,

Aos usuários, familiares e trabalhadores dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial no Brasil.

Por fim, a todos que rezaram e torceram para que eu chegasse até aqui, dedico!

AGRADECIMENTOS

À Deus!

Aos meus irmãos, sobrinhos, cunhadas e demais familiares e amigos...

A Alice Uchôa pela orientação sensível e compreensiva com minha situação de convalescência e reabilitação, após o acidente;

A Ardigleusa Alves Coêlho, minha amiga, colega e maior mecenas;

À Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), mais especificamente à Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa; Coordenação e Secretaria do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PPGCSa), pelo acolhimento, respeito, suporte e compreensão diante dos prazos que extrapolei, ainda que por motivo de força maior;

Aos professores e colegas do PPGCSa/UFRN com quem dividi o acolhimento, o tempo e a disponibilidade do ensino e aprendizagem;

À Coordenação Geral do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) dos Estados do Rio Grande do Norte e Ceará, pela oportunidade de ser supervisor de campo no terceiro ciclo da Avaliação Externa no RN; e pela bolsa de estudos;

A Isabel Brandão, à equipe de campo e aos potiguares das Frentes B e C da Avaliação Externa do PMAQ-AB, que supervisionei nos territórios da Atenção Básica do RN;

À Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), especificamente às Pró-Reitorias de Gestão de Pessoas e Pós-Graduação e Pesquisa, pela liberação para afastamento, respeito e compreensão pelo retorno inconcluso;

Aos professores, técnicos e alunos do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da UEPB que, em meu retorno sem defesa da tese e em plena crise da pandemia por COVID-19, toleraram minhas angústias e estresses;

Ao professor Ricardo Alexandre Arcêncio da Universidade de São Paulo pelos ensinamentos e empatia; e

Aos professores que[,] solidários, aceitaram participar da Banca Examinadora.

“Um maluco vendo-me passar com um livro debaixo do braço, quando ia para o refeitório, disse: — Isto aqui está virando colégio!”

(Lima Barreto, O Cemitério dos Vivos)

“A loucura, objeto dos meus estudos, era até agora uma ilha perdida no oceano da razão; começo a suspeitar que é um continente.”

(Machado de Assis, O Alienista)

***“Sonhar o sonho impossível,
Sofrer a angústia implacável,
Pisar onde os bravos não ousam,
Reparar o mal irreparável,
Amar um amor casto à distância,
enfrentar o inimigo invencível,
Tentar quando as forças se esvaem,
Alcançar a estrela inatingível: essa é a minha busca.”***

(Miguel de Cervantes, Dom Quixote de La Mancha)

RESUMO

A atenção primária à saúde é a porta de entrada preferencial das Redes de Atenção à Saúde e entre estas da Rede de Atenção Psicossocial. No Brasil este nível de atenção responde por 80 a 90% dos agravos de sua população adscrita. Todavia, a organização, oferta e acesso aos serviços de saúde mental na atenção primária têm barreiras e lacunas. Portanto, este estudo propôs-se de modo geral avaliar fatores associados à integração da saúde mental na atenção primária à saúde no Brasil; e especificamente: (1) analisar as relações entre a oferta de cuidados primários e indicadores socioeconômicos para equidade no acesso à saúde das pessoas com transtornos mentais, nas capitais brasileiras; e (2) analisar a associação da pactuação de critérios e fluxos entre equipes de Saúde da Família e NASF para o cuidado colaborativo em saúde mental em capitais e não capitais do Brasil, considerando a oferta de processos no ponto de atenção primária da Rede de Atenção Psicossocial do SUS, em municípios de diferentes estruturas e portes populacionais para sua efetividade. Trata-se de estudo observacional com base de dados secundários do terceiro ciclo da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e do Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil, com dois estudos de associação: (1) para relações dos cuidados primários e fatores socioeconômicos para equidade no acesso à saúde mental nas capitais brasileiras; e (2) para efetividade da pactuação de critérios e fluxos dos cuidados colaborativos de saúde mental na atenção primária em municípios capitais e não capitais. No desenho (1) os achados indicam associações da organização e oferta de cuidados primários com o índice de desenvolvimento humano municipal e a renda per capita. E no desenho (2) as razões de prevalência de associações negativas demonstraram fatores protetores para ações de apoio matricial e acompanhamento no Centro de Atenção Psicossocial, gestão da psicofarmacoterapia, oferta de outras ações terapêuticas, processo de cuidado aos usuários de substâncias psicoativas e oferta de atividades de prevenção ao uso de substâncias psicoativas. Contudo, a oferta de cuidados primários de saúde mental está correlacionada com fatores socioeconômicos favoráveis para equidade no acesso à Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde; e o cuidado colaborativo de saúde mental na atenção primária foi eficaz, onde capitais demonstram ter fator de proteção em comparação com não capitais do Brasil. Tais evidências validam a efetividade dos cuidados primários de saúde mental por meio dos serviços comunitários ou de base territorial num país de históricas disparidades regionais e iniquidades, com dimensão continental e detentor do maior serviço nacional público de saúde.

Palavras-chave: Saúde Mental. Atenção Primária à Saúde. Determinantes Sociais da Saúde. Cuidados Colaborativos. Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

Primary health care is the preferred entry point for the Health Care Networks, including the Psychosocial Care Network. In Brazil, this level of care represents 80 to 90% of health problems of its enrolled population. However, the organization, offer, and access to mental health services in primary care have barriers and gaps. Therefore, this study generally proposed to evaluate factors associated with the integration of mental health in primary health care in Brazil and specifically aimed (1) to analyze the relationships between the provision of primary care and socioeconomic indicators for equity in access to health for people with mental disorders in Brazilian capitals; and (2) to analyze the association of criteria agreement and flows between Family Health and NASF teams for collaborative care in mental health in capitals and non-capitals of Brazil, considering the offer of processes at the point of primary care of the Psychosocial Care Network at SUS in municipalities with different structures and population sizes for its effectiveness. This is an observational study based on secondary data from the third cycle of the External Evaluation of the Program to Improve Access and Quality of Primary Care and the Atlas of Human Development in Brazil, with two association studies: (1) for primary care relationships and socioeconomic factors for equity in access to mental health in Brazilian capitals; and (2) for the effectiveness of the agreement on criteria and flows of collaborative mental health care in primary care in capital and non-capital cities. In drawing, (1) findings indicate associations between the organization and supply of primary care with the municipal human development index and per capita income. In design, (2) prevalence ratios of negative associations showed protective factors for matrix support actions and follow-up at the Psychosocial Care Center, management of psychopharmacotherapy, provision of other therapeutic actions, care process for users of psychoactive substances, and provision of activities to prevent the use of psychoactive substances. However, the provision of primary mental health care is correlated with favorable socioeconomic factors for equity in access to the Psychosocial Care Network in the Unified Health System; and collaborative mental health care in primary care was effective, where capitals demonstrate a protective factor compared to non-capitals in Brazil. Such evidence validates the effectiveness of primary mental health care through community or territorial-based services in a country with historical regional disparities and inequalities, a continental dimension, and the largest national and public health service.

Keywords: Mental Health. Primary Health Care. Social Determinants of Health. Collaborative Care. Health Assessment.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CAAE	Certificação para Apreciação Ética
CGMAD	Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas
CoCMs	<i>Collaborative Care Model</i>
COVID	<i>Corona Virus Disease</i>
CMS	<i>Centers for Medicare & Medicaid Services</i>
EAB	Equipe de Atenção Básica
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
HICs	<i>High-income countries</i>
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
LMICs	<i>Low-and middle-income countries</i>
YLD	<i>Years of healthy life lost due to disability</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
OBA	<i>Output-based aid</i>
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
P4P	<i>Pay for Performance</i>
PBF	<i>Performance-based funding</i>
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Política Nacional de Álcool e Drogas
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
mhGAP	<i>Mental Health Gap Action Programme</i>
MS	Ministério da Saúde
NASf	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
NHS	<i>National Health Service</i>
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RBfs	<i>Results-based funding</i>
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
SM	Saúde Mental
STROBE	<i>Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TM	Transtorno Mental
UBS	Unidade Básica de Saúde
WONCA	<i>World Organization of Family Doctors</i>

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1.** Variáveis dependentes sobre atenção à pessoa em sofrimento psíquico, renomeadas do Módulo II – Entrevista com o profissional da equipe de atenção básica e verificação de documentos, do PMAQ-AB, Brasil, 2018 21
- Quadro 2.** Descrição das variáveis independentes do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, PNUD, 2013 22
- Quadro 3.** Variáveis renomeadas do Módulo IV – Entrevista com Profissional do NASF e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde do PMAQ-AB, Brasil, 2018 23

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 JUSTIFICATIVA	18
3 OBJETIVOS	19
3.1 Objetivo geral	19
3.2 Objetivos específicos	19
4 MÉTODO	20
4.1 Desenho do estudo	20
4.2 Cenário da pesquisa	20
4.3 População e amostra	21
4.4 Procedimentos e instrumentos de coleta de dados	21
4.5 Procedimentos de análise dos dados	24
4.6 Aspectos éticos	25
5 ARTIGOS PRODUZIDOS	27
5.1 Artigo 1: Associação entre acesso à saúde mental e fatores socioeconômicos nas capitais brasileiras	27
5.2 Artigo 2: <i>Effectiveness of Agreement Criteria and Flows of Collaborative Care in Primary Mental Health Care in Brazil</i>	46
6 CONCLUSÕES	60
REFERÊNCIAS	62
ANEXOS	66
ANEXO 1 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande	67
ANEXO 2: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte	71
ANEXO 3: Certificado de publicação do segundo artigo	73

1 INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais (TMs) são expressos por comportamentos psicológicos ou físicos, originando alterações da capacidade cognitiva, do humor ou comportamentos que comprometem o desempenho das funções pessoais e sociais do indivíduo, de forma sustentada ou recorrente.¹ Entretanto, diante das transições demográficas, ambientais e sociopolíticas, antes da pandemia por COVID-19, a carga global de TMs foi estimada em 13% ampliando os custos pessoais, sociais e econômicos da doença mental a uma magnitude sem precedentes.²

Nesta transição epidemiológica destaca-se a gravidade dos TMs como problema de saúde pública global evidenciada por estudos sobre a carga global da doença, lacunas de tratamento e determinantes sociais de saúde (DSS).³ Estes DSS podem influenciar negativamente a incidência, prevalência e gravidade dos TMs por meio de fatores sociais e situações socioeconômicas adversas, como pobreza, desigualdade de renda, violência interpessoal e coletiva e migração forçada.³

O Relatório Mundial de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde (OMS) destacou que uma em cada oito pessoas sofre por algum tipo de TM, e sua prevalência varia de acordo com o sexo e a idade. Os TMs são as principais causas de anos vividos com deficiência (YLDs) e representam um em cada seis casos de YLDs em todo o mundo.³ Entretanto, no contexto da pandemia por COVID-19, a crise global agravou-se e aumentou a fragilização dos serviços e a lacuna terapêutica para a saúde mental.³

Antes desta pandemia, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) já não respondiam adequadamente ao ônus do TM e nem sempre forneciam tratamentos adequados.⁴ A lacuna de tratamento em saúde mental (SM) nas Américas é alta (média ponderada de 65,7%), especialmente para TM moderado a grave.⁵ Além disso, a Mesoamérica apresenta a maior lacuna de tratamento (78,7%), seguida pela América Latina (74,7%), América do Sul (73,1%) e América do Norte (53,2%).⁵ Destarte, propôs-se que a SM fosse integrada à Atenção Primária à Saúde (APS) e enfatizou-se o tratamento, acessibilidade e inclusão social para proporcionar equidade em saúde e organização e a prestação de cuidados adequados.

Nas Américas, a implantação dos cuidados primários de SM iniciou-se por meio do *Community Mental Health Act of 1963*, que previa financiamento federal para centros comunitários de saúde mental e instalações de pesquisa nos Estados

Unidos da América (EUA).⁶ Apesar da polissemia de significados e interpretações, multifacetados e complexos, a APS é uma abordagem abrangente para a organização do sistema de saúde e ação intersetorial para a saúde, como estabelecido na Declaração de Alma-Ata em 1978, e surgiu das inadequações do sistema de saúde presentes na década de 1970;⁷ e, ainda que se tenha ausência de citação da 'saúde mental' nesta declaração, o referido termo foi incluso no relatório oficial da conferência como elemento essencial da APS;⁸ e, 40 anos depois, a Declaração de Astana, em 2018, reconheceu a magnitude das 'doenças não transmissíveis' como problemas de SM; e incorporou a 'cobertura universal de saúde' nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).⁷

Nesse percurso, se destacam: a Declaração de Caracas⁸; o relatório *The introduction of mental health into component primary health care* (1990)⁹; os relatórios da OMS de 2001 e 2008, apresentando a epidemiologia da SM e implicações socioeconômicas¹⁰; e reafirmando princípios de Alma Ata¹¹. Decorrente do Movimento pela Saúde Mental Global, a OMS implementou o Programa de Ação para reduzir as Lacunas em Saúde Mental (mhGAP, sigla em inglês), em 2008.¹² Em 2009, a OMS e a Organização Mundial dos Médicos de Família (WONCA, sigla em inglês) apresentaram razões, exemplos e princípios para integrar a saúde mental nos cuidados primários;¹³ e em 2010, por meio do relatório *Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group* da OMS[,] identificou pessoas que sofrem com TM como grupo vulnerável e recomendou que a SM fosse inclusa em estratégias e planos de desenvolvimento, tendo como intervenções-chave a integração da saúde mental com a APS.

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica associada às realizações de conferências internacionais e nacionais de saúde mental, com recomendações nos eixos-dimensões: teórico-conceitual, técnico-científico, jurídico-político e sociocultural, favoreceu o redirecionamento do modelo tecnoassistencial de SM por meio da Lei 10.216/2001, no sentido de redução progressiva dos leitos de hospitais especializados e ampliação dos serviços de base comunitária, organizado por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS) e tendo como uma das diretrizes o Caderno de Atenção Básica nº 34 – *Saúde mental*.¹⁴ Todavia, um movimento de contrarreforma psiquiátrica endossado pelos governos federais, a partir de 2016, atuou para o desmonte da RAPS, por meio de ataques às suas garantias de arcabouço normativo e redirecionamento do financiamento, que tem fragilizado as ações de SM para a população vulnerável ao

sofrimento decorrente dos TMs, diante da heterogeneidade de DSS, iniquidades e disparidades regionais de um país de dimensão continental, como é o caso do Brasil.

Nas últimas duas décadas, relatórios e diretrizes da OMS têm recomendado para o planejamento e programação do setor de SM: a estruturação de serviços integrais e de base comunitária e a integração da assistência e tratamento em hospitais gerais.¹⁵ No entanto, o mundo não atingiu as metas de SM para 2020 devido à insuficiência de serviços de SM adequados, o que levou a OMS a estender o Plano de Ação de Saúde Mental até 2030.¹⁶ Contudo, evidenciou-se que os TMs ainda são amplamente subnotificados¹⁷ e, no Brasil, o registro destes na APS é incipiente, desigualmente distribuído e possivelmente dependente de iniciativas locais para sua efetivação.¹⁸ Neste contexto, se encontram hiatos terapêuticos na assistência em regiões que não possuem outro serviço de referência além da APS, ainda que desarticulada na RAPS, com estrutura adequada para cobertura nos territórios de saúde.^{19,20}

O presente estudo aborda a organização e a oferta de processos de cuidados de saúde mental no componente de Atenção Básica (AB) da RAPS do SUS, considerando a possibilidade de integração da saúde mental na APS, inserindo-se na complexa e multifacetada Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB); e na atual crise de retrocessos com efeitos de desmonte na Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), construída e implementada no bojo da Reforma Sanitária Brasileira, desde a década de 1970.

Neste cenário e na perspectiva dos serviços de SM de base comunitária, a RAPS no Brasil é composta principalmente pela APS, estruturada em mais de 42 mil Unidades Básicas de Saúde (UBS), tendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo predominante nos 5.570 municípios do país. Para tanto, é neste nível de complexidade da assistência que se efetiva o contato com o território e suas populações vulneráveis, e no qual se espera que a maioria dos problemas e necessidades de SM sejam identificados e tratados, considerando que este nível de atenção responde por 80 a 90% dos agravos da população a ela adscrita, incluindo demandas de saúde mental, viabilizando avanços nestes cuidados.^{21, 22, 23}

No SUS, abordagens específicas das RAS, como a RAPS, têm como porta de entrada preferencial a APS e essas abordagens coordenam o cuidado e integram a saúde mental entre estes serviços e a atenção especializada.^{3, 24, 25} Apesar disso,

prestar cuidados de qualidade às pessoas com TM é um desafio nos sistemas de saúde globais devido a altas taxas de mortalidade e redução da expectativa de vida.³

A reduzida integração das RAS e a falta de profissionais qualificados para oferecer processos de saúde mental na APS ocasionam lacunas em: ações de prevenção e promoção da saúde; acurácia diagnóstica e tratamento; sobrecarga de serviços especializados; dificuldade de acesso; e resposta às demandas.³ As estratégias utilizadas para superar essas dificuldades são a implementação de dispositivos para integrar as RAS e investir em parcerias entre profissionais da APS e especialistas, por meio de apoio matricial ou cuidado colaborativo na RAPS.³

Destarte, considerar-se a necessidade da avaliação em saúde e saúde mental, na perspectiva de conceito como *processo reflexivo sobre um objeto, que produz informações essenciais para o seu entendimento e aprimoramento*, corroborando com a necessidade de esta avaliação permitir retroalimentações para reverter ou minimizar entraves, bem como potencializar a assistência prestada.²⁶ A partir da reformulação do modelo assistencial em saúde mental e sua expansão, os processos avaliativos nesta área adquirem função política de servir como instrumento de potencialização das práticas substitutivas ao modelo hospitalocêntrico. Em 2005, os Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) aprofundaram a avaliação da APS no Brasil, com reflexão sobre a qualidade do acesso e a utilização de serviços na AB.²⁷

Neste contexto, os sistemas de saúde mundiais introduziram programas de pagamento por desempenho (P4P, sigla em inglês) para incentivar os profissionais de saúde a melhorar a qualidade, o uso dos cuidados e a eficiência.²⁸ Nesta direção, o Ministério da Saúde instituiu em 2011 o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB, como estratégia P4P das equipes de atenção básica (EABs), conforme padrões especificados no programa, promovendo uma cultura de análise, avaliação e intervenção, com objetivo de induzir a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção básica, garantindo padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, para permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica à Saúde.^{29,30}

Estratégias de P4P originaram-se nos EUA no início da década de 1990, onde a Fundação Robert Wood Johnson financiou a *Rewarding Results*, subsidiando avaliações de vários tipos de P4P[,] em larga escala.³¹ A partir do relatório “*Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*” do Institute of

Medicine, de 2001, recomendou-se o planejamento de incentivos financeiros baseados no gerenciamento para melhorar os cuidados; e, a partir de 2003, os *Centers for Medicare & Medicaid Services* (CMS) estabeleceram como iniciativa o P4P para fortalecer as medidas de qualidade, melhorar os resultados dos pacientes e manter a responsabilidade do médico.^{32,33} De modo semelhante, o Serviço Nacional de Saúde (NHS) do Reino Unido introduziu contratos de P4P para todos os médicos de família.³²

O P4P surgiu como estratégia para melhorar a qualidade do atendimento nos países de alta renda (HICs, sigla em inglês) e só depois foi implantada em países de baixa e média renda (LMICs, sigla em inglês) com o objetivo complementar de aumentar a cobertura do serviço.³⁴ Tal estratégia liga os pagamentos financeiros dos financiadores à qualidade dos cuidados prestados por profissionais de saúde, e tem sido amplamente aplicada em países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) como EUA, Reino Unido, Austrália, Japão, outros países europeus; e cada vez mais em LMICs.^{35, 36}

Considerando as variações de dimensão, a ideia de vincular P4P a profissionais de saúde apela que a produção e qualificação dos estudos empíricos para a prática com base em evidências respondam aos objetivos ou perguntas de pesquisa sobre por que esses elementos de *design* são de importância fundamental para a eficácia e repor a falta da base de evidências para fazer escolhas informadas.⁵

O P4P consiste na transferência de dinheiro ou bens materiais condicionados à realização de ação ou intervenção mensurável, ou ao alcance de meta de desempenho preestabelecida, e pode ser conhecido como: financiamento baseado em resultados (RBF, sigla em inglês), financiamento baseado em desempenho (PBF, sigla em inglês), ou ajuda baseada em resultados (OBA sigla em inglês).³⁷

Globalmente, os sistemas de saúde introduziram o P4P para incentivar os profissionais de saúde a melhorarem a qualidade, o uso dos cuidados e a eficiência²⁷, a partir de 2011. E o Ministério da Saúde (MS) do Brasil desenvolveu uma estratégia de P4P de nível nacional por meio do PMAQ-AB, ou seja, o primeiro esquema P4P nacional e um dos maiores do mundo, operacionalizado em três ciclos, com: a primeira rodada de novembro de 2011 a março de 2013; a segunda rodada, de abril de 2013 a setembro de 2015; e terceira e última rodada de outubro de 2015 a dezembro de 2019.^{28, 38}

2 JUSTIFICATIVA

Neste estudo consideraram-se diretrizes da OMS e perspectivas da RPB no delineamento para integração do componente de AB da RAPS, sob efeito de: dois ciclos anteriores do PMAQ-AB; *impeachment* presidencial em 2016; revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2017; Nota Técnica nº 11/2019 - “Nova Saúde Mental” publicada pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (CGMAD); e implementação do Programa Previne Brasil em 2019, resultando no desmonte dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF).

Até 2015, dispunha-se de dados de monitoramento da RAPS. Desde 2003 o documento do MS “Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessário” recomendou a inclusão das ações de saúde mental na AB³⁸; e por 10 anos consecutivos ocorreu à publicação do relatório “Saúde Mental em Dados”, da Área Técnica de Saúde Mental do MS, com última edição publicada em 2015.⁴⁰ Doravante, esta área sofreu com a descontinuidade e escassez de informações técnicas para monitoramento e acompanhamento, necessárias à compreensão dos aspectos de avaliação da estrutura, processo e resultados da RAPS, o que na lógica do obscurantismo configurou-se como apagão dos dados!²

Ante o exposto, consideraram-se dois modelos teóricos para composição do estudo. No artigo (1), a equidade na APS pode ser demonstrada por meio do modelo que associou DSS intermediários (PMAQ-AB) vinculados a atributos essenciais da APS (acesso ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) com DSS estruturais (macropolíticas sociais, econômicas e culturais; estratificação de classes sociais, vulnerabilidade, estresse doméstico, trabalho e social; e TM). O modelo do artigo (2) apresentou a integração da saúde mental na APS por meio de ações de cuidado colaborativo do NASF, induzidas e avaliadas pelo PMAQ-AB, com efeitos principais sobre atributos de longitudinalidade e integralidade da APS.

Contudo, questionou-se: (1) quais as relações entre a oferta de processos de APS e indicadores socioeconômicos para equidade no acesso à saúde de populações vulneráveis com TMs, nas capitais brasileiras? e (2) Há associação da pactuação de critérios e fluxos entre equipes de Saúde da Família (eSF) e NASF para o cuidado colaborativo em SM, nas capitais e não capitais do Brasil, considerando a oferta de processos no ponto de AB da RAPS, em municípios de diferentes estruturas e portes populacionais para sua efetividade?

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar fatores associados à integração da saúde mental na Atenção Primária à Saúde no Brasil.

3.2 Objetivos específicos

3.2.1 Analisar as relações entre a oferta de cuidados primários e indicadores socioeconômicos para equidade no acesso à saúde das pessoas com TM, nas capitais brasileiras;

3.2.2 Analisar a associação da pactuação de critérios e fluxos entre eSF e NASF para o cuidado colaborativo em SM em capitais e não capitais do Brasil, considerando a oferta de processos no ponto de atenção primária da RAPS em municípios de diferentes estruturas e portes populacionais, para sua efetividade.

4 MÉTODO

4.1 Desenho do Estudo

O estudo está fundamentado em base de dados secundários nacionais do terceiro ciclo do PMAQ-AB (2015 a 2019) com Avaliação Externa realizada entre os anos de 2017 e 2018, pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde em parceria com instituições de pesquisa e ensino superior em todo o território nacional.²⁸ Para tanto, foi sistematizado de acordo com o *checklist Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE)⁴¹, e seu delineamento deu-se em duas partes. A primeira parte consistiu em estudo sobre a associação entre acesso à saúde mental e fatores socioeconômicos nas capitais brasileiras; e a segunda parte abordou a efetividade da pactuação de critérios e fluxos de cuidado colaborativo na atenção primária em saúde mental no Brasil.

4.2 Cenário

A pesquisa foi realizada no Brasil, um país de dimensão continental abrangendo uma área territorial de 8.510.345,540 km² e estimativa de população de 213.317.639 habitantes, distribuídos por cinco regiões (Centro-Oeste, Norte, Nordeste, Sudeste e Sul) e 27 Unidades da Federação, incluindo o Distrito Federal.³⁸ Antes do início do terceiro ciclo da Avaliação Externa do PMAQ-AB[,] em janeiro de 2015[,] existiam 39.908 equipes de AB, implantadas em 5.458 municípios brasileiros; e[,] destas[,] 38.865 equipes distribuídas em 5.324 municípios brasileiros que aderiram ao terceiro ciclo do PMAQ-AB, representando 89,5% do total de equipes em todo o país em 2018.^{29, 42}

Abordou-se o terceiro ciclo do PMAQ-AB[,] que foi organizado em três fases e um eixo estratégico transversal de desenvolvimento que compõem um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB, a saber: 1 – Adesão e Contratualização; 2 – Certificação; e 3 – Recontratualização.⁴³ Assim, realizou-se P4P nos municípios com base em ações das eSF, ponto de AB das RAS, para população adstrita de aproximadamente 3.450 pessoas por equipe, vinculada à UBS. O PMAQ-AB induziu 660 indicadores relacionados à qualidade estrutural do atendimento (por exemplo, disponibilidade de medicamentos e equipamentos), processos de atendimento (por exemplo, conteúdo do atendimento e taxas de conclusão do tratamento), resultados (por exemplo, satisfação do usuário e

prevalência de doenças crônicas), utilização de cuidados de saúde (por exemplo, volume de usuários) e processos de gerenciamento (por exemplo, proporção de consultas agendadas).⁴⁴

Nesse contexto, o estudo foi projetado para duas perspectivas: no cenário (1) para associação entre acesso à saúde mental e fatores socioeconômicos nas capitais brasileiras, por meio de análise das relações entre a oferta de cuidados primários e indicadores socioeconômicos para equidade no acesso à saúde de pessoas com TMs, nas capitais brasileiras, que abrangeu o cenário das 4.957 equipes de AB das 27 capitais brasileiras, incluindo o Distrito Federal; e no cenário (2) para efetividade da pactuação de critérios e fluxos de cuidados colaborativos na atenção primária em saúde mental no Brasil, por meio da análise da associação da pactuação de critérios e fluxos entre eSF e NASF, em capitais e não capitais do Brasil, que incluiu o cenário das 3.883 equipes do NASF na AB do SUS.

4.3 População e Amostra

No estudo sobre a associação entre acesso à saúde mental e fatores socioeconômicos nas capitais brasileiras, das 4.957 EABs de todas as capitais brasileiras, incluindo o Distrito Federal, a população do estudo foi composta por 4.199 (84,7%) enfermeiros, 726 (1,6%) médicos e 32 (0,1%) profissionais de saúde.

No estudo sobre a efetividade da pactuação de critérios e fluxos de cuidados colaborativos na atenção primária em saúde mental no Brasil, a amostra foi estratificada para todos os municípios capitais e não capitais de todas as regiões do Brasil; e[,] do universo de 4.110 NASF, incluiu 3.883 profissionais respondentes da pergunta deste estudo. Na maioria, os participantes (64,7%) eram farmacêuticos.

4.4 Procedimentos e instrumentos de coleta de dados

Para analisar a associação entre acesso à saúde mental e fatores socioeconômicos nas capitais brasileiras, por meio de *linkage* entre bancos de dados, utilizaram-se como variáveis dependentes e dicotômicas (sim ou não) as respostas às perguntas sobre “atenção a pessoa em sofrimento psíquico” disponíveis nos microdados do PMAQ-AB⁴⁵ (Quadro 1); e, como variáveis independentes, os indicadores socioeconômicos disponibilizados no Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), índice de Gini, índice de Theil L, taxa de desocupação (população com 18

anos ou mais), taxa de analfabetismo (população com 15 anos ou mais), renda *per capita* (salário mínimo) e proporção de pobres⁴⁶ (Quadro 2).

As variáveis dependentes foram renomeadas das perguntas do instrumento utilizado na coleta de dados[,] que foi o Módulo II – entrevista com o profissional da EAB e verificação de documentos na unidade básica⁴⁵, conforme o Quadro 1:

Quadro 1. Variáveis dependentes sobre atenção à pessoa em sofrimento psíquico, renomeadas do Módulo II – Entrevista com o profissional da equipe de atenção básica e verificação de documentos, do PMAQ-AB, Brasil, 2018

Módulo/ Código Variável	Nomenclatura das variáveis dependentes contidas no Instrumento de Avaliação Externa – PMAQ	Variáveis renomeadas
	<i>A equipe realiza consulta para:</i>	Consulta com profissional generalista para:
II.23.1.1	Geral - usuários em sofrimento psíquico	<i>Usuário com transtorno mental</i>
II.23.1.2	Geral - Usuários de <i>crack</i> , álcool e outras drogas(.)	<i>Usuário de crack, álcool e outras drogas.</i>
II.23.1.3	Geral - Usuários em uso crônico de benzodiazepínicos antipsicóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos, estabilizadores de humor	<i>Usuário crônico de psicofármacos</i>
	<i>A equipe possui registro dos usuários do território:</i>	Registro dos casos no território de:
II.23.2.1	Usuários em sofrimento psíquico	<i>Transtornos mentais</i>
II.23.2.2	Usuários de <i>crack</i> , álcool e outras drogas(.)	<i>Uso de crack, álcool e outras drogas(.)</i>
II.23.2.3	Usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos, estabilizadores de humor.	<i>Uso crônico de psicofármacos</i>
	<i>A equipe utiliza alguma estratégia específica para cuidar destes casos?</i>	Estratégias de cuidados primários de saúde mental
II.23.3.1	Consulta específica com tempo maior	<i>Consulta com profissional generalista em tempo maior que a rotina</i>
II.23.3.2	Registro da história de vida	<i>Registro de história de vida</i>
II.23.3.3	Oferta de algum tipo de atendimento em grupo	<i>Atendimento em grupo</i>
II.23.3.4	Atendimento com profissionais de saúde mental (NASF ou outro apoio matricial)	<i>Cuidado colaborativo ou outro apoio matricial</i>
	<i>A equipe possui o registro dos seguintes usuários de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção:</i>	Registro de encaminhamentos por:
II.23.4.1	Usuário em sofrimento psíquico	<i>Transtornos mentais</i>
II.23.4.2	Usuário de <i>crack</i> , álcool e outras drogas.	<i>Uso de crack, álcool e outras drogas</i>
II.23.4.3	Usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos, estabilizadores de humor	<i>Uso crônico de psicofármacos</i>

Fonte: Módulo II – Entrevista com o profissional da equipe de atenção básica e verificação de documentos do PMAQ-AB, Brasil, 2018.

As descrições das variáveis independentes do Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil do Programa das Nações Unidas par Desenvolvimento (PNUD)⁴⁶ são apresentadas no Quadro 2:

Quadro 2. Descrição das variáveis independentes do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, PNUD, 2013(.)

Variável	Definição
Taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais de idade	<i>Razão entre a população de 15 anos ou mais de idade que não sabe ler nem escrever um bilhete simples e o total de pessoas nesta faixa etária, multiplicada por 100.</i>
Índice de Gini	<i>Mede o grau de desigualdade existente na distribuição de indivíduos segundo a renda domiciliar per capita. Seu valor é 0 quando não há desigualdade (a renda domiciliar per capita de todos os indivíduos tem o mesmo valor) e tende a 1 à medida que a desigualdade aumenta. O universo de indivíduos é limitado àqueles que vivem em domicílios particulares permanentes.</i>
Proporção de pobres	<i>Proporção dos indivíduos com renda domiciliar per capita igual ou inferior a R\$ 140,00 mensais, em reais de agosto de 2010. O universo de indivíduos é limitado àqueles que vivem em domicílios particulares permanentes.</i>
Renda per capita média	<i>Razão entre o somatório da renda de todos os indivíduos residentes em domicílios particulares permanentes e o número total desses indivíduos. Valores em reais de 1º de agosto de 2010.</i>
Índice de Theil - L	<i>Mede a desigualdade na distribuição de indivíduos segundo a renda domiciliar per capita, excluídos aqueles com renda domiciliar per capita nula. É o logaritmo da razão entre as médias aritmética e geométrica da renda domiciliar per capita dos indivíduos, sendo nulo quando não existir desigualdade de renda entre eles e tendente ao infinito quando a desigualdade tender ao máximo.</i>
Taxa de desocupação da população de 18 anos ou mais de idade	<i>Percentual da população economicamente ativa (PEA) nessa faixa etária que estava desocupada, ou seja, que não estava ocupada na semana anterior à data do Censo, mas havia procurado trabalho ao longo do mês anterior à data dessa pesquisa.</i>
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDHM	<i>Média geométrica dos índices das dimensões Renda, Educação e Longevidade, com pesos iguais(.)</i>

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), 2013.

No entanto, para analisar a efetividade da pactuação de critérios e fluxos de cuidados colaborativos na atenção primária em saúde mental no Brasil, utilizaram-se variáveis dicotômicas (sim ou não) das respostas do Instrumento de Avaliação Externa para o NASF, por meio do Módulo IV – Entrevista com Profissional do NASF e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde, disponibilizado no banco de microdados do terceiro ciclo (2015-2019) da Avaliação Externa do PMAQ-AB.⁴⁵

Entretanto, na apresentação dos resultados as variáveis dependentes e independentes inclusas sobre o NASF, do Módulo IV – Entrevista com Profissional

do NASF e Verificação de Documentos na Unidade,⁴⁵ foram renomeadas, de acordo com o Quadro 3.

Quadro 3. Variáveis renomeadas do Módulo IV – Entrevista com Profissional do NASF e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde do PMAQ-AB, Brasil, 2018(.)

Módulo/ Código Variável	Variáveis dos microdados do PMAQ-AB	Variáveis renomeadas
	<i>Variável dependente</i>	
IV.11.2.2	Discussão e pactuação com as Equipe de Atenção Básica de critérios e fluxos para atendimento dos casos de saúde mental na Atenção Básica e Especializada (geral)	<i>Pactuação de critérios e fluxos, entre EAB e NASF, para atendimento de saúde mental na atenção básica e especializada</i>
	<i>Variáveis independentes</i>	
IV.11.2.1	Acompanhamento de casos de saúde mental conjuntamente com os CAPS (geral)?	<i>Acompanhamento de casos com os CAPS</i>
IV.11.2.3	Auxílio à equipe de atenção básica no manejo de uso dos psicofármacos (adesão ao tratamento, horário de administração, escolha de fármaco para a condição do usuário, redução de dose, etc.) (geral)	<i>Apoio à EAB no manejo da psicofarmacoterapia</i>
IV.11.2.4	Oferta outras ações terapêuticas concomitantes ao uso de psicofármacos (estratégicos)	<i>Oferta outras ações terapêuticas concomitantes à psicofarmacoterapia</i>
IV.11.2.5	Apoia a equipe de atenção básica na abordagem e atua nos cuidados dos usuários que fazem uso de substâncias psicoativas	<i>Apoia a EAB nos processos de cuidados de usuários de substâncias psicoativas</i>
IV.11.2.5	Fomenta atividades de prevenção do uso de substâncias psicoativas em escolas dou outros espaços do território (geral)	<i>Oferta atividades de prevenção do uso de substâncias psicoativas em escolas ou outros espaços do território</i>

Fonte: Módulo IV – Entrevista com Profissional do NASF e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde do PMAQ-AB, Brasil, 2018.

4.5 Procedimentos de Análise dos Dados

Para o estudo sobre a associação entre acesso à saúde mental e fatores socioeconômicos nas capitais brasileiras, as variáveis *proxy*, procedentes dos microdados do PMAQ-AB, foram categorizadas por meio dos quatro atributos essenciais da APS (atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação). Para tanto, sintetizaram-se os seguintes conceitos dos atributos essenciais:

[Atenção no] primeiro contato: serviços de porta de entrada preferencial do sistema de saúde, procurados cada vez que os usuários necessitam de atenção para um problema de saúde, seja ele novo ou rotineiro. A APS deve cumprir um papel de serviço de procura regular e exercer função de filtro para acesso aos demais equipamentos da rede de atenção à saúde.

Longitudinalidade: responsabilidade da equipe pelo usuário ao longo da vida, através da qual a APS cumpre sua função de fonte regular de

cuidados por meio da organização do serviço e do fortalecimento da relação entre profissional e paciente.

Integralidade: capacidade do serviço em reconhecer as necessidades do paciente e ofertar recursos diversificados para uma abordagem resolutiva no âmbito da AB. Envolve o elenco de ações dos serviços e se a forma como esses serviços são prestados [e capaz] de atender às necessidades da população.

Coordenação: capacidade dos prestadores de atenção primária de coordenarem o uso de serviços no território e em outros níveis de atenção para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas e garantir continuidade assistencial⁹. Relaciona-se com a continuidade da atenção entre profissionais e serviços da rede de atenção à saúde, ao acompanhamento dos casos clínicos por meio de ferramentas de informação e comunicação e à existência de referências/fluxos entre os serviços.⁴⁷

A correlação de Spearman (r_s) foi aplicada com nível de significância de 5% e considerada forte ($> 0,70$), moderada (entre 0,30 e 0,70) ou fraca ($< 0,30$). Para tanto, realizou-se análise de agrupamento utilizando o método hierárquico de Ward e a distância euclidiana, classificando os índices em baixo, médio e alto[,] e calculou-se a média das variáveis dependentes e independentes. O teste do qui-quadrado analisou associações e diferenças entre os *clusters* utilizando um nível de significância de 5%.

No estudo da efetividade da pactuação de critérios de fluxos de cuidado colaborativo na atenção primária em saúde mental no Brasil, as variáveis foram dicotomizadas (sim e não), e as respostas a cada item foram somadas e divididas pelo número total de participantes. O teste qui-quadrado (χ^2) de Pearson foi utilizado para verificar a associação da pactuação de critérios e fluxos entre equipes de Saúde da Família e NASF para atenção à saúde mental na APS e serviços especializados e outras ações de cuidado colaborativo do NASF. Aplicou-se a regressão múltipla de Poisson ajustada por variáveis independentes, que avaliou associações, razão de prevalência e intervalos de confiança de 95%. Contudo detectaram-se *outliers*, heterogeneidade de variância, colinearidade e dependência de observações. A significância estatística foi fixada em 5%, ou seja, valor de $p < 0,05$.

4.6 Aspectos Éticos

O estudo foi realizado de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e a Declaração de Helsinque.

Apesar de tratar-se de pesquisa realizada com banco de dados(:) (agregados sem possibilidade de identificação individual, secundários, de domínio público e de

acesso irrestrito), devido ao fato de destinar-se à elaboração de tese de doutorado submeteu-se o protocolo à avaliação ética[,] para qual solicitou-se “dispensa de análise ética”.

O protocolo para este estudo[,] identificado por CAAE: 03838418.4.0000.5182 e CAEE: 03838418.4.3001.5292, respectivamente obteve aprovação nos Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande (nº 5182) e do Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (nº 5292).

5 ARTIGOS PRODUZIDOS

5.1 Artigo 1: *Associação entre acesso à saúde mental e fatores socioeconômicos nas capitais brasileiras* – Será submetido ao periódico *Preventive Medicine*[,] com fator de impacto 4.637, CiteScore 6.3, percentil 87%[.]

Association between mental healthcare access and socioeconomic factors in Brazilian capitals

Valdecir Carneiro da Silva,¹ Ardigleusa Alves Coêlho,¹ Ana Angélica Rêgo de Queiroz,² Gabriela Maria Cavalcanti Costa,¹ João Carlos Alchieri,³ Ricardo Alexandre Arcêncio,⁴ e Severina Alice da Costa Uchôa.⁵

¹ Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, Brasil.

² Fundação de Apoio à Pesquisa do Rio Grande do Norte, Natal, Brasil.

³ Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Brasil.

⁴ Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil.

⁵ Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Brasil

Autor correspondente

Professor Valdecir Carneiro da Silva, Universidade Estadual da Paraíba, Departamento de Enfermagem, Campina Grande, Brasil. Rua José do Ó 596, 58401-411, Campina Grande/Paraíba, Brazil; *email:* valdecircarneiro@servidor.uepb.edu.br. Telefone: +558398820869

RESUMO

O acesso aos serviços de saúde mental na atenção primária tem barreiras e lacunas. Propôs-se analisar as relações entre a oferta de cuidados primários e indicadores socioeconômicos para a equidade no acesso à saúde das pessoas com transtornos mentais (TMs), nas capitais brasileiras. Estudo ecológico que incluiu 4.957 equipes de Atenção Básica do terceiro ciclo de Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica, entre 2015 e 2019. A análise de *clusters* das capitais brasileiras deu-se utilizando a correlação de Spearman (r_s) para determinantes sociais e estruturais da saúde; e o teste qui-quadrado comparou as diferenças entre *clusters*. Identificaram-se correlações moderadas e positivas entre o índice de desenvolvimento humano municipal e ofertas de: consulta com clínico geral: para pessoas com TMs ($r_s = 0,68$), transtorno por uso de substâncias ($r_s = 0,66$) e uso crônico de psicotrópicos ($r_s = 0,76$); registro de casos de TMs ($r_s = 0,47$); atendimento em grupo ($r_s = 0,60$); cuidado colaborativo ou apoio matricial ($r_s = 0,46$); registros de encaminhamentos para TMs e transtorno por uso de substâncias ($r_s = 0,44$). A renda *per capita* correlacionou-se positivamente e respectivamente com as ofertas supracitadas ($r_s = 0,64$; $0,62$; $0,71$; $0,43$; $0,55$; $0,40$; e $0,42$). Os achados indicam que *clusters* com melhores indicadores socioeconômicos sejam favoráveis para a equidade no acesso à Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde

Palavras-chave: Saúde Mental. Psiquiatria. Atenção Primária à Saúde. Farmacovigilância. Avaliação em Saúde. Determinantes Sociais da Saúde.

ABSTRACT

The access to mental health services in the primary care has obstacles and gaps. We aimed to analyze relationships between primary care provision and health equity indicators in people with mental disorders (MD) from Brazilian capitals. This ecological study analyzed 4,957 primary care teams from Brazilian capitals. Teams were enrolled in the third cycle of the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care between 2015 and 2019. The analysis of the Brazilian capitals' *clusters* was possible through the correlation of Spearman (r_s) to structural determinants of health; and the Chi-square test compared differences between clusters of homogeneous groups. It was possible to identify moderate and positive correlations between municipal human development index and the following items of primary care provision: availability of consultation with general practitioner for people with MD ($r_s = 0.68$), substance use disorder ($r_s = 0.66$), and chronic use of psychotropic drugs ($r_s = 0.76$); number of MD cases ($r_s = 0.47$); comprehensive group care ($r_s = 0.60$); collaborative care or other matrix support ($r_s = 0.46$); and number of referrals for MD and substance use disorder ($r_s = 0.44$). Per capita income also positively correlated with all above mentioned items ($r_s = 0.64$; 0.62 ; 0.71 ; 0.43 ; 0.55 ; 0.40 ; and 0.42 , respectively). The findings show that clusters with better socioeconomic indicators are favorable to equity in the access to Psychosocial Care of "Sistema Único de Saúde".

Keywords: mental health; psychiatry. primary health care. pharmacovigilance. health assessment. social determinants of health.

- O efeito em longo prazo do Programa Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) favoreceu condições para equidade no acesso aos cuidados primários de saúde mental.
- O PMAQ-AB organizou e estruturou a oferta de processos de promoção, prevenção e cuidados para reduzir lacuna de acesso aos cuidados primários de saúde mental.
- O PMAQ-AB induziu a integração da saúde mental na atenção primária em contextos de desigualdades e vulnerabilidades sociais.

INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais (TMs) são expressos por comportamentos psicológicos e/ou físicos com mudanças na cognição, humor ou comportamentos que comprometem as funções pessoais e sociais de forma sustentada ou recorrente.¹ No contexto de transições demográficas, ambientais e sociopolíticas, antes da pandemia por COVID-19, a carga global de transtornos mentais foi estimada em 13%, ampliando os custos pessoais, sociais e econômicos da doença mental a uma magnitude sem precedentes.² A gravidade do TM como problema global de saúde pública é destacada por estudos sobre a carga global de doenças, lacunas de tratamento e determinantes sociais da saúde (DSS).^{3,4} Estes DSS podem influenciar negativamente a incidência, prevalência e gravidade do TM⁵ em função de circunstâncias sociais e econômicas adversas, como pobreza, desigualdade de renda, violência interpessoal e coletiva e migração forçada.⁶

O relatório mundial de saúde mental da Organização Mundial de Saúde (OMS) evidenciou que uma em cada oito pessoas sofrem por algum tipo de TM, com prevalência variando para sexo e idade, e representam um em cada seis casos das principais causas de anos perdidos por incapacidade (YLDs, sigla em inglês), no mundo.⁷ Entretanto, no contexto da pandemia por COVID-19, este cenário agravou-se e expandiu-se a uma crise global, com a fragilização dos serviços e lacuna terapêutica para saúde mental.⁷

Os serviços de saúde não respondem adequadamente ao ônus dos TMs e nem sempre podem fornecer tratamentos adequados.⁵ A lacuna de tratamento no cuidado à saúde mental (SM) nas Américas é alta (média ponderada de 65,7%), especialmente para TM moderado a grave.⁸ Além disso, a Mesoamérica apresenta a maior lacuna de tratamento (78,7%), seguida pela América Latina (74,7%), América do Sul (73,1%) e América do Norte (53,2%).⁸ Neste contexto, as ações de SM estão sendo integradas à Atenção Primária à Saúde (APS) por meio de organização dos serviços, oferta de processos específicos, tratamento, acessibilidade e inclusão social para a equidade no acesso à saúde mental.

Embora o Brasil tenha iniciado a divulgação da avaliação de SM recomendada pela OMS, a APS superou as fragilidades em relação a outros níveis de atenção.⁹ No entanto, o mundo não atingiu as metas de SM para 2020 devido à falta de aumento nos serviços adequados para tal fim, o que levou a OMS a estender o Plano de Ação em Saúde Mental para 2030.¹⁰

A desproporção entre demanda e oferta de serviços, a redução da incorporação de especialistas e desigualdades sociais ameaçaram a manutenção do modelo de cuidados de SM, comprometendo a estrutura, processos e resultados da APS^{3,11}, e isso impactou o acesso e a qualidade da atenção à saúde. Destarte, a partir de 2011, o Ministério da Saúde (MS) do Brasil, considerando que os sistemas de saúde mundiais implantaram programas de pagamento por desempenho (P4Ps), implantou, em nível nacional, a avaliação de programas e serviços de APS por meio do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) do Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, o primeiro esquema P4P nacional na APS e um dos maiores do mundo, para avaliar a estrutura e processos de cuidados primários de saúde induzidos nos municípios brasileiros.¹²

O PMAQ-AB foi instituído em três ciclos de avaliação (2011 a 2012, 2013 a 2015 e 2015 a 2019, respectivamente) em 5.570 municípios, que correlacionaram-se com as diversidades e desigualdades sociais do país. Dados do terceiro ciclo do PMAQ-AB, preenchem lacuna de informação a partir de 2015, com a última publicação do relatório “Saúde Mental em Dados” da Área Técnica de Saúde Mental do MS, sobre monitoramento e

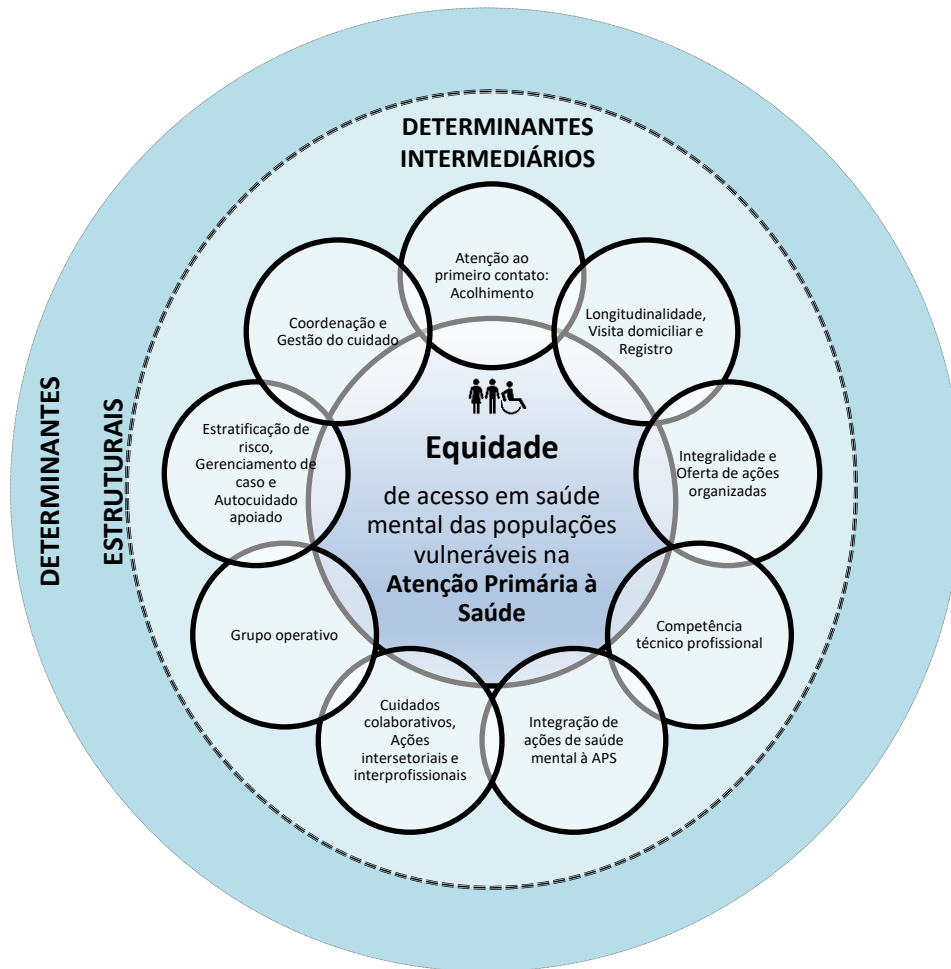
acompanhamento, necessários à compreensão dos aspectos de avaliação da estrutura, processo e resultados da RAPS. Doravante, esta área sofreu com a descontinuidade e escassez de informações técnicas, o que na lógica do obscurantismo configurou-se como apagão dos dados.²

Nesse contexto, há evidência de que a APS responde por 80 a 90% dos agravos da sua população adscrita, incluindo problemas de saúde mental, permitindo avanços nesses cuidados¹³, e de que indicadores de saúde mental do PMAQ-AB possibilitam diagnóstico da situação de saúde por meio de: medidas das condições estruturais; reorganização e oferta dos processos de trabalho; e farmacovigilância no componente de APS da RAPS. Estes indicadores influenciam a qualidade da atenção, e precisam ser monitorados diante dos atuais contextos de tentativas de desmonte e retrocessos: na Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) e Política Nacional de Álcool e Drogas (PNAD) do Brasil.¹⁴

A partir de 2016, o governo brasileiro, com agenda de austeridade neoliberal[,] aprovou a Emenda Constitucional 95/2016 e congelou o orçamento da União para os próximos 20 anos. Desde então, comprometeu a efetividade das políticas brasileiras estruturantes para a garantia da equidade em saúde, por meio de: revisões da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); PNSM; PNAD; e da proposta de subfinanciamento pelo Programa Previnir Brasil, a partir de 2019. No entanto, a APS ainda contribuiu para a equidade no acesso à saúde^{15, 2}, mas não necessariamente para populações vulneráveis com TM.¹⁶

A equidade no acesso à APS pode ser demonstrada utilizando um modelo teórico (Figura 1) que associa DSS intermediários vinculados a atributos essenciais (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado) com DSS estruturais (indicadores socioeconômicos, políticas macrossociais, econômicas e culturais¹⁵; estratificação de classes sociais, vulnerabilidade, domicílio, trabalho e estresse social; e TM). A prevalência de TM aumentou no Brasil, mas há escassez de estudos sobre equidade no acesso a para TMs, especialmente com populações vulneráveis.³ Contudo, este estudo teve como objetivo analisar as relações entre a oferta de cuidados primários e indicadores socioeconômicos para a equidade no acesso à saúde das pessoas com TMs, nas capitais brasileiras.

Figure 1. Modelo teórico: determinantes sociais de saúde e equidade no acesso em saúde mental, na atenção primária das capitais brasileiras(.)



MÉTODO

Estudo ecológico que utilizou dados secundários do terceiro ciclo (2015 a 2019) da Avaliação Externa do PMAQ-AB, realizada entre 2017 e 2018, e sistematizado de acordo com o *checklist Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE)*.¹⁷ Os comitês de ética em pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande (nº 5182) e da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (nº 5292) aprovaram o estudo.

O cenário da pesquisa abrangeu 4.957 equipes de Atenção Básica (EABs) das capitais brasileiras, incluindo o Distrito Federal, descritas de acordo com dados do Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil¹⁸, e-Gestor – Informação e Gestão da Atenção Básica¹⁹, e índice de vulnerabilidade social (Tabela 1)²⁰. A população do estudo foi composta por 4.199 (84,7%) enfermeiros, 726 (1,6%) médicos e 32 (0,1%) profissionais de saúde que responderam perguntas dicotômicas (sim ou não) sobre “atenção à pessoa em sofrimento

psíquico” do Módulo II – Entrevista com o profissional da equipe de atenção básica e verificação de documentos.

Tabela 1. Cenário da Pesquisa

Região/ Capitais de Unidades da Federação	Nº de equipes de atenção básica	População	Densidade demográfica (hab./km ²)	Percentual da população em área rural (%)	Esperança de vida ao nascer (anos)	Taxa de mortalidade infantil (óbitos por mil nascidos vivos)	Cobertura de ESF (%)	Índice de vulnerabilidade social (%)
Centro-Oeste								
Brasília – Distrito Federal	138	2.570.160	441.39	3.42	77.4	11.08	36.44	0.294
Campo Grande	82	786.797	96.97	1.34	75.6	8.76	51.52	0.27
Cuiabá	63	551.098	155.19	1.87	75	11.52	42.09	0.261
Goiânia	186	1.302.001	1762.62	0.38	75.3	11.25	45.42	0.291
Norte								
Belém	137	1.393.399	2513.87	0.86	74.3	13.55	24.47	0.317
Boa Vista	51	284.313	49.95	2.29	74	11.93	58.19	0.261
Macapá	84	398.204	72.75	4.27	70.2	21.36	42.15	0.339
Manaus	205	1.802.014	157.35	0.51	74.5	14.52	26.37	0.387
Palmas	65	228.332	102.94	2.89	73.9	9.88	100	0.236
Porto Velho	80	428.527	12.46	8.82	73.9	13.75	50.48	0.322
Rio Branco	57	336.038	38.06	8.18	73.9	11.46	57.58	0.339
Nordeste								
Aracajú	137	571.149	3413.67	0	74.4	17.2	69.31	0.287
Fortaleza	380	2.452.185	7645.29	0	74.4	13.54	50.93	0.33
João Pessoa	186	723.515	3379.96	0.38	74.9	12.92	82.89	0.286
Maceió	86	932.748	1805.77	0.07	72.9	12.18	27.82	0.393
Natal	121	803.739	4696.53	0	75.1	13.31	34.18	0.292
Recife	242	1.537.704	7082.32	0	74.5	10.83	56.6	0.319
Salvador	217	2.675.656	8368.05	0.03	75.1	14.56	27.45	0.35
São Luís	110	1.014.837	1796.01	5.55	73.8	17.36	34.76	0.372
Teresina	36	814.230	461.39	5.73	74.2	16.49	100	0.288
Sudeste								
Belo Horizonte	574	2.375.151	7157.32	0	76.4	9.99	78.36	0.276
Rio de Janeiro	827	6.320.446	5154.68	0	75.7	11.22	62.98	0.29
São Paulo	1087	11.253.503	7365.24	0.9	76.3	11.19	35.2	0.291
Vitória	77	327.801	3930.59	0	76.3	12.14	73.15	0.178
Sul								
Curitiba	245	1.751.907	3993.64	0	76.3	8.31	37.65	0.253
Florianópolis	128	421.240	950.02	3.79	77.4	7.71	87.34	0.201
Porto Alegre	220	1.409.351	2939.76	0	76.4	8.98	51.59	0.249

ESF: Estratégia Saúde da Família.

Os DSS intermediários foram renomeados a partir de microdados da Avaliação Externa do PMAQ-AB: ²¹ Consultas de SM, número de casos de TM, estratégias de cuidados

primários em SM e número de encaminhamentos. Os DSS estruturais (variáveis independentes) foram definidos segundo o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), Índice de Gini, Índice Theil L, taxa de desocupação (população com 18 anos ou mais), taxa de analfabetismo (população com 15 anos ou mais), renda *per capita* (salário mínimo) e proporção de pobres.²³ Variáveis *proxy* foram categorizadas por atributos essenciais da APS (atenção no primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação).²³ A correlação de Spearman (r_s) foi aplicada utilizando um nível de significância de 5% e considerada forte ($> 0,70$), moderada (entre 0,30 e 0,70) ou fraca ($< 0,30$). A análise de *cluster* utilizou o método hierárquico de Ward e a distância euclidiana, classificou os índices como baixos, médios e altos, e calculou a média das variáveis dependentes e independentes. O teste qui-quadrado (χ^2) verificou associações das ofertas de ações de SM com fatores socioeconômicos, e diferenças nos *clusters* utilizando um nível de significância de 5%, ou seja, valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Apresenta-se análise das correlações de Spearman (r_s) moderadas e fortes, para um nível de significância de 5%, entre o IDHM, a renda *per capita* e a oferta de ações de SM pelas EABs, direta ou inversamente proporcional aos melhores indicadores socioeconômicos, considerando atributos essenciais da APS (Tabela 2).

Ainda foram observadas correlações moderadas e positivas entre DSS estruturais e intermediários da saúde. A correlação positiva mais forte foi verificada na atenção no primeiro contato por meio de consultas para usuário crônico de medicamentos, IDHM e renda *per capita*. Além disso, todos os indicadores socioeconômicos foram correlacionados com a longitudinalidade para cuidado com usuários de *crack*, álcool ou outras drogas. Em contrapartida, as consultas com o clínico geral para transtornos por uso de substâncias (*crack*, álcool e outras drogas) correlacionaram-se negativamente com a taxa de desocupação. Apenas o histórico de vida e os encaminhamentos para usuários crônicos de drogas não foram correlacionados com indicadores socioeconômicos. IDHM e renda *per capita* correlacionaram-se positivamente e são favoráveis para a equidade no acesso à saúde das capitais brasileiras (Tabela 2).

A correlação negativa moderada e forte evidenciou piores indicadores socioeconômicos associados à oferta desproporcional de ações de SM.

Tabela 2. Análise de correlação entre oferta de ações de saúde mental do PMAQ-AB e indicadores socioeconômicos das capitais brasileiras, 2018

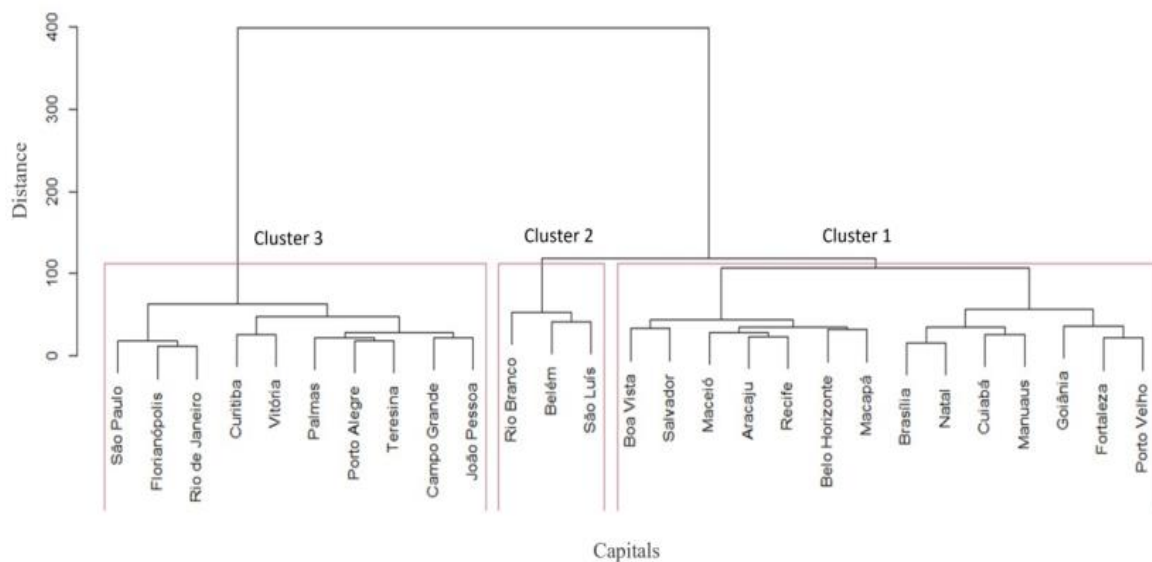
Indicadores socioeconômicos/ Ofertas de ações de saúde mental por atributos da APS	Análise de Correlação	Índice Theil L	Índice de Gini	Taxa de desocupa ção – ≥18 anos	IDHM	Taxa de analfab etismo – ≥ 15 anos	Renda <i>per</i> <i>capita</i>	Propor ção de pobrez a (%)
Atenção no primeiro contato								
Consulta com clínico geral para pessoas com transtornos mentais	r_s	-0.26	-0.33	-0.64	0.68	-0.51	0.64	-0.67
	Valor p	0,184	0,093	<0,001	<0,001	0,006	<0,001	<0,001
Consulta com clínico geral para usuário de <i>crack</i> , álcool ou outras drogas.	r_s	-0.29	-0.33	-0.68	0.66	-0.53	0.62	-0.67
	Valor p	0,139	0,095	<0,001	<0,001	0,004	0,001	<0,001
Consulta com clínico geral para usuário crônico de psicofármacos	r_s	-0.16	-0.22	-0.60	0.76	-0.57	0.71	-0.70
	Valor p	0,429	0,267	0,001	<0,001	0,002	<0,001	<0,001
Longitudinalidade								
Registros dos casos no território de transtornos mentais	r_s	-0.23	-0.29	-0.46	0.47	-0.47	0.43	-0.60
	Valor p	0,253	0,137	0,016	0,013	0,014	0,026	0,001
Registros de casos no território de usuário de <i>crack</i> , álcool ou outras drogas.	r_s	-0.42	-0.43	-0.65	0.36	-0.30	0.35	-0.51
	Valor p	0,029	0,026	<0,001	0,068	0,132	0,070	0,007
Registros de casos no território de usuário crônico de psicofármacos	r_s	-0.16	-0.17	-0.50	0.23	-0.07	0.23	-0.37
	Valor p	0,417	0,405	0,008	0,252	0,744	0,247	0,057
Integralidade								
Consulta com clínico geral por mais tempo do que o habitual	r_s	-0.28	-0.29	-0.44	0.22	-0.24	0.15	-0.27
	Valor p	0,155	0,148	0,020	0,274	0,228	0,464	0,179
Registros da história da vida	r_s	-0.23	-0.26	-0.37	0.24	-0.30	0.16	-0.24
	Valor p	0,255	0,191	0,058	0,220	0,132	0,424	0,220
Atendimento em grupo	r_s	0.00	-0.07	-0.36	0.60	-0.39	0.55	-0.51
	Valor p	0,998	0,712	0,065	0,001	0,044	0,003	0,007
Cuidado colaborativo ou outro apoio matricial	r_s	-0.10	-0.15	-0.26	0.46	-0.47	0.40	-0.35
	Valor p	0,603	0,445	0,182	0,015	0,014	0,039	0,074
Coordenação								
Registros de encaminhamentos por transtornos mentais	r_s	-0.21	-0.24	-0.54	0.40	-0.24	0.39	-0.43
	Valor p	0,302	0,234	0,004	0,039	0,227	0,045	0,023
Registros de encaminhamentos por uso de <i>crack</i> , álcool ou outras drogas	r_s	-0.33	-0.35	-0.59	0.44	-0.30	0.42	-0.46
	Valor p	0,097	0,071	0,001	0,021	0,129	0,029	0,016

Registros de encaminhamentos por uso crônico de psicofármacos	r_s	-0.22	-0.24	-0.26	-0.16	0.25	-0.18	0.06
	Valor p	0,267	0,237	0,183	0,436	0,216	0,357	0,759

Os números destacados referem-se aos coeficientes de correlação de Spearman (r_s) com nível de significância de 5% ou valores de $p < 0.05$.

A análise de *cluster*, utilizando o método hierárquico de Ward por meio da distância euclidiana, na Figura 2, apresenta três *clusters* para oferta de ações de saúde mental por atributos essenciais da APS das EABs, nas capitais brasileiras. Os *clusters*: 1 (14 capitais; 51,85% das capitais); 2 (3; 11,11%); e 3 (10; 37,04%) apresentaram índices de 81,84 (médio), 73,69 (baixo) e 93,23 (alto), respectivamente.

Figura 2. Dendograma – *Clusters* de ações de saúde mental do PMAQ-AB nas capitais brasileiras, 2018



A Tabela 3 apresenta índices de médias da análise de *cluster* para ofertas de ações de SM por atributos essenciais da APS das EABs, onde o *cluster* (3), que incluiu capitais do Sul do Brasil, obteve as médias altas, enquanto o *cluster* (2) incluiu as capitais: Rio Branco, Belém e São Luís, que obtiveram médias baixas. A análise de *cluster* para indicadores socioeconômicos ou DSS estruturais das capitais brasileiras revelou que: o *cluster* (3), incluindo capitais das Regiões Centro Oeste, Sudeste e Sul, obteve as médias altas; e o *cluster* (2), incluindo capitais das Regiões Norte e Nordeste, obteve as médias baixas (Tabela 3).

Tabela 3. Média de distribuição das ofertas de ações de saúde mental do PMAQ-AB e dos indicadores socioeconômicos por *clusters* de capitais brasileiras, 2018

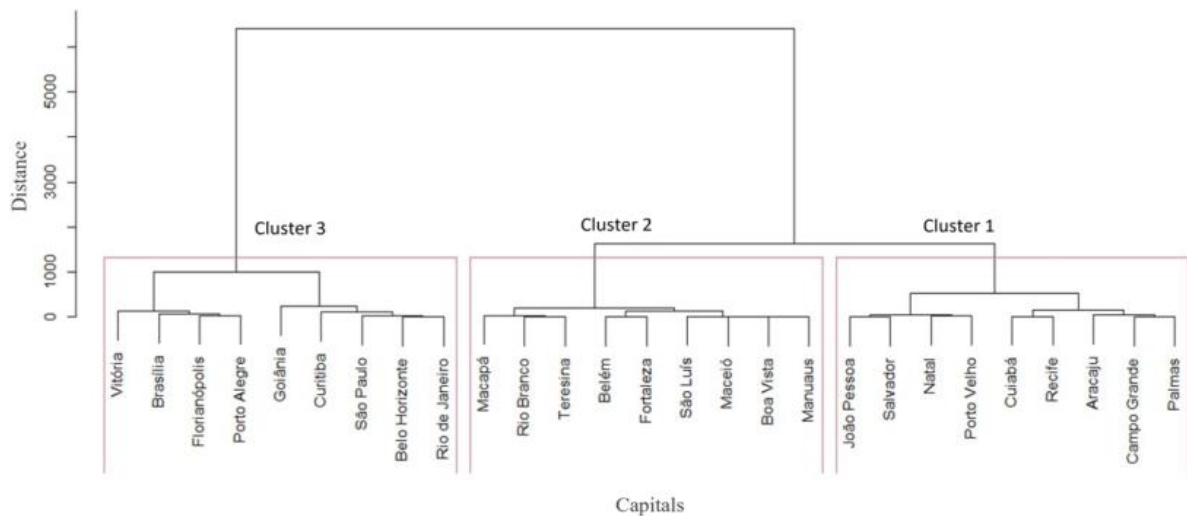
<i>Clusters</i>	C2	C1	C3
Médias	Baixa	Média	Alta
<i>Oferta de ações de saúde mental</i>			
Distribuição	11.11% (n=3)	51.85% (n=14)	37.04% (n=10)
Consulta com clínico geral para pessoas com transtornos mentais	82.18	94.59	99.64
Consulta com clínico geral para usuário de <i>crack</i> , álcool ou outras drogas	68.92	85.79	97.83
Consulta com clínico geral para usuário crônico de psicofármacos	77.06	94.07	99.04
Registros de casos de casos de transtornos mentais no território	95.00	94.44	97.94
Registros de casos de usuário de <i>crack</i> , álcool ou outras drogas no território.	66.84	72.64	90.42
Registros de casos de usuário crônico de psicofármacos no território	82.24	89.42	95.03
Consulta com clínico geral por mais tempo do que o habitual	59.29	79.04	86.79
Registro da história da vida	55.00	78.95	89.31
Atendimento em Grupo	32.88	41.90	77.52
Cuidado colaborativo ou outro apoio matricial	83.82	74.65	94.98
Registros de encaminhamentos por transtornos mentais	94.53	95.25	98.66
Registros de encaminhamentos por uso de <i>crack</i> , álcool ou outras drogas(.)	73.08	74.45	90.44
Registros de encaminhamentos por uso crônico de psicofármacos	87.17	88.71	94.42
Média Global	73.69	81.84	93.23
<i>Indicadores socioeconômicos</i>			
Distribuição	33,33% (n=9)	33,33% (n=9)	33,33% (n=9)
Índice Theil	0,68	0,69	0,66
Índice de Gini	0,60	0,61	0,59
Taxa de desocupação – 18 anos ou mais	9,86	8,72	5,99
IDHM	0,74	0,77	0,82
Taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais	6,74	5,69	2,79
Renda <i>per capita</i> (salário mínimo)	788,34	1039,09	1619,31
Proporção de pobres (%)	14,24	9,17	3,50
Média Global	117,32	152,10	233,38

C (1, 2 e 3): *Clusters* das capitais brasileiras

A Figura 3, por meio de análise de *cluster*, apresenta a estratificação de indicadores socioeconômicos ou DSS estruturais nas capitais brasileiras. Os *clusters* (1), (2) e (3), compostos por nove capitais (33,33%), apresentaram médias de indicadores de 152,10 (médio), 117,32 (baixo) e 233,38 (alto), respectivamente. Entretanto, destacam-se: o *cluster*

(3), que incluiu capitais das Regiões Sudeste, Sul e do Distrito Federal, com média alta; e o *cluster* (2), que incluiu capitais da Região Norte, com média baixa.

Figura 3. Dendrograma – *Clusters* de indicadores socioeconômicos das capitais brasileiras, 2018



Através do teste qui-quadrado (χ^2) para um nível de significância de 5%, verificou-se a diferença entre a classificação dos *clusters* de ações de SM do PMAQ-AB e dos indicadores sociodemográficos nas capitais brasileiras, para os quais são diretamente proporcionais, ou seja, à medida que aumenta-se a média dos *clusters* socioeconômicos, eleva-se a média nos *clusters* das ofertas de ações de SM (Tabela 4).

Tabela 4: Cruzamento das médias entre *clusters* das ações de saúde mental do PMAQ-AB e dos indicadores sociodemográficos das capitais brasileiras, 2018

<i>Clusters</i> de indicadores sociodemográficos/Médias	<i>Clusters</i> de ofertas das ações de saúde mental			Total	Valor- <i>p</i>
	Baixa	Média	Alta		
Baixa	33,33% (n=3)	55,56% (n=5)	11,11% (n=1)	100,00% (n=9)	
Média	---	66,67% (n=6)	33,33% (n=3)	100,00% (n=9)	<0,001
Alta	---	33,33% (n=3)	66,67% (n=6)	100,00% (n=9)	

DISCUSSÃO

No geral, a análise de correlação das ações de SM na APS e dos DSS (IDHM e renda *per capita*) para populações vulneráveis com TMs das capitais brasileiras apresentou-se correlações positivas moderadas e fortes, sendo condições favoráveis para a equidade no acesso aos serviços de APS da RAPS. A análise de *cluster* destacou que as correlações positivas entre as ações de SM conduzidas na atenção no primeiro contato das EABs, IDHM e renda *per capita* ocorreram em *clusters* com bons indicadores socioeconômicos, ou seja, nas capitais localizadas nas Regiões Sudeste e Sul, e no Distrito Federal.

As variáveis dicotômicas da base de dados do PMAQ-AB dificultaram a identificação de outras variáveis relacionadas à promoção da saúde e equidade no acesso às ações de SM. Outra limitação foi relacionada às variáveis independentes (indicadores socioeconômicos),

que estavam disponíveis apenas para EABs de municípios capitais, no terceiro ciclo do PMAQ-AB.

O PMAQ-AB induziu a redução de iniquidades para as populações mais vulneráveis por meio de estratégias organizacionais de serviços, mudança de prática clínica e desempenho das EABs em regiões de risco.²⁴ Este resultado mostra o potencial dos DSS (ou seja, políticas de SM, programas, ações de SM e RAPS) para mudar o contexto do desenvolvimento macrossocial. Os resultados também corroboram com mudanças nos DSS, considerando as iniquidades e desigualdades no Brasil, uma vez que as EABs ofertam atenção psicossocial em regiões remotas e pobres com lacunas de tratamento.

O PMAQ-AB também induziu a equidade no acesso à saúde e aprimorou os efeitos positivos das políticas de saúde e das RAPS no Brasil, respeitando as diretrizes da OMS para mudanças nos DSS estruturais e, assim, afetando a SM e física - muitas vezes negligenciadas pela prática da APS seletiva. No longo prazo, o PMAQ-AB induziu a oferta de ações de SM com grande adesão e desempenho de padrão qualificado das EABs, promovendo efeito multiplicador para a equidade de seus resultados e contribuindo para a redução das desigualdades em saúde.²⁵

As Unidades de Saúde da Família, local de trabalho das EABs, são pontos da APS na RAPS que ampliam e consolidam os serviços (incluindo o atendimento às pessoas com TMs) por meio da PNAB.^{26,27} Incrementos no orçamento do PMAQ-AB, avaliação e monitoramento de dimensão padrão desde o primeiro ciclo (2011) induziram EABs a priorizar a atenção às populações vulneráveis, qualificar, planejar e organizar estruturas, processos de trabalho e resultados. Isso levou à implantação de equipes de saúde da família em regiões específicas de risco (Ribeirinhas/Fluviais e Atenção Primária Prisional), Núcleo Ampliado à Saúde da Família (NASF), Atenção Domiciliar e Consultório na Rua.^{25, 28}

O PMAQ-AB também esteve alinhado com outras iniciativas do MS, como o Programa Mais Médicos e o Programa de Infraestrutura e Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS).^{28,29} Outra iniciativa foi a sistematização do cuidado coordenado, que incentivou tecnologias nas unidades de saúde, implantou Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) no Sistema e-SUS na Atenção Básica (e-SUS AB) e possibilitou a gestão da atenção específica e individualizada de acordo com a vulnerabilidade.

Nesse contexto, a última Pesquisa Nacional de Saúde (2019) ratificou a ESF como principal modelo de APS no SUS e apresentou resultados exitosos quanto à orientação comunitária e patrimonial.³⁰ O atendimento às pessoas com TMs estabelecido na RAPS^{26,27} integra o SUS e prevê a prestação de diversos serviços e equipamentos no modelo de base

comunitária.²⁴ Também cumprem as diretrizes da PNAB e da OMS para a APS centrada na pessoa e na família, considerando DSS e direitos humanos.

No terceiro ciclo os números de casos e registros de encaminhamento foram maiores do que nos ciclos anteriores do PMAQ-AB. Nos ciclos anteriores, a longitudinalidade obteve baixa continuidade e má qualidade das relações profissional-paciente. Além disso, a coordenação foi comprometida devido ao número insuficiente de registros e dificuldades no acesso à atenção à saúde a para consultas especializadas.²⁹

Estudos epidemiológicos abordando DSS mental têm sido praticamente consensuais[,] evidenciando relação entre fatores socioeconômicos e transtornos mentais comuns, embora variem quanto aos tipos de associação encontrados e modelos explicativos. E, no Brasil, a APS é a ordenadora das RAPS, de acordo com a PNAB, porque, além de porta de entrada, tem o papel de acolhimento e acompanhamento integral e longitudinal por meio da elaboração, acompanhamento e gestão do projeto terapêutico singular; e articulação de fluxos na RAPS.³¹

No cruzamento de médias entre *clusters* das ações de SM do PMAQ-AB e indicadores sociodemográficos das capitais brasileiras, com correlações positivas entre o IDHM e o acesso à SM, os achados corroboram com estudo realizado no México, onde houve associação direta positiva entre índice de desenvolvimento humano (IDH) alto e depressão, destacando que, em locais de IDH baixo ou médio, o acesso aos serviços de saúde mental e registro de casos foram inferiores.³² Assim, pode-se constatar que o desenvolvimento humano foi acompanhado por melhor SM, apesar de relação inversa entre a SM e o desenvolvimento humano em outros contextos.³³

Destarte, em relação ao uso de serviços de saúde no Brasil, apesar da redução de desigualdades regionais e sociais, já se evidenciou sua persistência; e as Regiões Norte e Nordeste apresentam os piores indicadores ao longo do tempo.³⁴ Para tanto, considera-se que locais pobres apresentam condições de saúde sempre piores, quando comparados aos que são ricos, ou seja, as regiões menos prósperas, as populações dos estratos mais pobres ou pertencentes a grupos étnicos marginalizados sempre apresentam piores condições de saúde.³⁴ Complementa-se a observação da efetividade de políticas que melhorem as condições econômicas ou fortaleçam a proteção social, que, quando são implementadas nestas localidades, promovem impactos positivos nas condições de saúde.³⁵

Tais achados também corroboram com o Estudo Longitudinal Brasileiro de Saúde Adulta (ELSA-Brasil), no qual sofrimento, solidão e desvantagem socioeconômica estiveram associados a altas chances de TMs.³⁶ Além disso, o desenvolvimento, as desigualdades e o desemprego podem afetar países que não são membros da Organização para a Cooperação e

Desenvolvimento Econômico (OCDE), especialmente países emergentes e de baixa e média renda, nos quais uma relação positiva com o IDHM beneficiaria a SM.³³

Achados de correlação entre ações de SM por atributos da APS na função de DSS intermediários realizadas por EABs, e como renda *per capita* na função de DSS estrutural das capitais, indicam condições que alinham-se à associação entre desigualdade social e TM comum, expressa pela alta vulnerabilidade de indivíduos com baixo nível socioeconômico e altos custos da doença.³⁷ Esta vulnerabilidade também é amplificada por eventos de produção de estresse, falta de apoio social, condições precárias de trabalho, desemprego, baixa escolaridade, renda, bens de consumo e condições precárias de moradia.

O resultado da forte correlação positiva das ações de SM no atributo de primeiro contato por meio de consulta para pessoas em uso crônico de psicotrópicos e, principalmente, relacionado com o IDHM e a renda *per capita*, corrobora para a interpretação da renda familiar mensal como um forte preditor para o uso de psicotrópicos. A Pesquisa Nacional de Acesso, Uso e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil evidenciou que os psicotrópicos foram os mais utilizados entre os 20 subgrupos farmacológicos mais empregados na APS.³⁸

A análise dos *clusters* corroborou com situação evidenciada na qual regiões com alto desenvolvimento socioeconômico e prestação de cuidados de saúde estavam localizadas principalmente nas Regiões Sudeste e Sul do Brasil (por exemplo, São Paulo) que apresentam uma concentração histórica de riqueza, recursos e serviços.³⁹ Além disso, a expansão da ESF no Rio de Janeiro esteve associada à melhoria da saúde e igualdade para as populações vulneráveis.⁴⁰

Nessa perspectiva, as evidências já constataram a redução do desenvolvimento da ESF nas cidades metropolitanas, com falta de prestação de serviços de saúde relacionados às diretrizes de “municipalização da autarquia”.⁴¹ No entanto, a expansão da cobertura também depende de melhor gestão do orçamento público (por exemplo, Governo Federal) e da oferta de serviços por profissionais de saúde, especialmente em regiões isoladas e empobrecidas.² No entanto, reconhecemos a relevância e o potencial da capilaridade das equipes da ESF para cobrir 131 milhões de brasileiros, que utilizam a responsabilidade territorial pelo apoio social de populações vulneráveis e mantêm contato com organizações e lideranças locais para a continuidade do cuidado.

Destarte, deve-se considerar, para o panorama dos *clusters*, a evidência de que apenas 439 (7,9%) municípios brasileiros têm cobertura de atenção psicossocial completa (6,69% da população nacional), destacando que o progresso não foi homogêneo entre as localidades nacionais, principalmente, nas cidades metropolitanas, que concentraram 46% da população.⁴³

Dados de cobertura indicaram que capitais e grandes centros tiveram mais dificuldades na implementação do atendimento territorial de SM, induzindo a prestação de serviços de acordo com o modelo centrado no hospital.⁴⁴

A prevalência de doenças diminuiu de acordo com o aumento do *status* socioeconômico, confirmando que as condições individuais não são suficientes para explicar plenamente uma variação regional nas taxas de doença e nas relações entre desigualdades sociais e saúde.⁴⁵ No entanto, destaca-se que os indicadores socioeconômicos individuais são escassos nos registros clínicos.

Em relação à renda *per capita*, o combate à pobreza e à desigualdade social no Brasil induzido por meio do Programa Bolsa Família (ou seja, transferência condicional de renda para pessoas pobres e extremamente pobres) ajudou a melhorar indicadores sociais.⁴⁶ A APS brasileira engloba condições exigidas por políticas de combate à pobreza macroestrutural que reduzem a taxa de transtornos mentais. Assim, o aumento da cobertura do Programa *Bolsa Família* esteve associado à redução das taxas de suicídio nos municípios brasileiros, mitigando o efeito da pobreza na sua incidência.^{47,48}

CONCLUSÕES

As análises mostraram correlações entre as ações de SM na APS e indicadores socioeconômicos nas capitais brasileiras. Tal associação identificou contextos com condições favoráveis para a equidade no acesso aos cuidados primários de saúde mental e alinha-se às evidências de outros estudos empíricos que identificaram a mitigação da desigualdade em relação às condições socioeconômicas na APS devido ao efeito do PMAQ-AB, em que o pagamento estava vinculado ao desempenho dos profissionais de saúde e incluía EABs de regiões com maiores desigualdades socioeconômicas. As políticas de saúde brasileiras ainda precisam de efetividade para garantir a equidade no acesso à saúde e melhorar a qualidade da APS, incluindo as ações de SM.

Durante o período de realização deste estudo, o Governo Federal brasileiro ameaçou a efetividade das Redes de Atenção à Saúde por meio de uma agenda de viés do neoliberalismo econômico que subfinanciou e fragilizou a APS e a RAPS com revisões da PNAB, PNAD e PNSM; e implementação do Programa Previne Brasil, que subfinancia a APS, desmonta o formato original da ESF, negligencia direitos humanos, desqualifica, extingue, privatiza serviços comunitários, e desconstrói diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Por último, apesar das limitações, identificamos relações entre a efetividade da oferta de ações de SM pelas EABs com melhores indicadores de renda *per capita* e IDHM. Os investimentos em longo prazo no PMAQ-AB também foram validados, ainda que em

contextos de desigualdade de acesso à saúde, uma vez que seguem em direção à equidade no acesso para populações vulneráveis, incluindo pessoas com TMs.

Contribuição dos autores

Valdecir Silva conceituou e projetou o estudo, analisou os dados e elaborou e revisou o manuscrito. SACU, AAC, GMCC, AARQ, JCA, MCN e RAA ajudaram a desenvolver o conceito de estudo, interpretar os resultados e revisar criticamente o manuscrito. Todos os autores ajudaram a desenvolver o conceito de estudo, interpretar os resultados e revisar, revisar criticamente e aprovar a submissão do manuscrito final.

Conflitos de Interesse

Nenhum declarado

Aprovação Ética

Os Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande (nº 5182) e da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (nº 5292) aprovaram o estudo.

Financiamento

Nenhum declarado

REFERÊNCIAS

1. Spitzer RL and Endicott J. Medical and mental disorder: Proposed definition and criteria. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 2018;176:656-65.
2. Coelho, Vívian Andrade Araújo et al. Regionalização da atenção psicossocial: uma visão panorâmica da Rede de Atenção Psicossocial de Minas Gerais, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*. 2022, v. 27, n. 05, pp. 1895-1909. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.11212021>.
3. Kioumourtzoglou MA. Identifying Modifiable Risk Factors of Mental Health Disorders-The Importance of Urban Environmental Exposures. *JAMA Psychiatry* 2019;76:569-70.
4. Bonadiman CSC, Passos VMA, Mooney M, et al. The Burden of disease attributable to mental and substance use disorders in Brazil: Global Burden of Disease Study, 1990 and 2015. *Rev Bras Epidemiol* 2017;20Suppl 01:191-204.
5. Alegria M, Nakash O, NeMoyer A. Increasing equity in access to mental health care: a critical first step in improving service quality. *World Psychiatry* 2018;17:43-4.
6. Lund C, Brooke-Sumner C, Baingana F, et al. Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *Lancet Psychiatry* 2018;5:357-69.
7. World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all. Executive summary. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
8. Kohn R, Ali AA, Puac-Polanco V, et al. Mental health in the Americas: an overview of the treatment gap. *Rev Panam Salud Publica* 2018;42:e165.

9. Mendes M, Rocha C. Avaliação em saúde mental: uma análise de políticas nacionais e internacionais. *Saúde em Redes* 2016;2.
10. World Health Organization. Mental Health Atlas 2020. World Health Organization, 2021. Available: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345946> [Accessed 27 Jan 2022].
11. Hirdes A. Apoio Matricial em saúde mental: a perspectiva dos especialistas sobre o processo de trabalho. *Saúde em Debate* 2018;42. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811809>.
12. Silva, V.C.d.; Coêlho, A.A.; Queiroz, A.A.R.d.; Costa, G.M.C.; Alchieri, J.C.; Arcêncio, R.A.; Uchôa, S.A.d.C. Effectiveness of Agreement Criteria and Flows of Collaborative Care in Primary Mental Health Care in Brazil. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, <https://doi.org/10.3390/ijerph192215148>
13. Salgado, Manoela Alves e Fortes, Sandra Lucia Correia Lima. Indicadores de saúde mental na atenção primária à saúde: avaliando a qualidade do acesso através da capacidade de detecção de casos. *Cadernos de Saúde Pública [online]*. 2021, v. 37, n. 9, e00178520. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00178520>.
14. Sanine, Patricia Rodrigues e Silva, Letícia Isabel Ferreira. Saúde mental e a qualidade organizacional dos serviços de atenção primária no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública [online]*. 2021, v. 37, n. 7, e00267720. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00267720>.
15. Wong ST, Browne AJ, Varcoe C, *et al.* Development of health equity indicators in primary health care organizations using a modified Delphi. *PLoS One* 2014;9:e114563.
16. World Health Organization. Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group, 2010. Available: https://www.who.int/publications/i/item/9789241563949?fbclid=IwAR1C1kZdc5IQ13AmMq_Lf6GzdjacFIBMI8ZvvRA49QXLIFfYzTAeUQ4HpQ
17. Von Elm, E.; Altman, D.G.; Egger, M.; Pocock, S.J.; Gøtzsche, P.C.; Vandenbroucke, J.P.; Initiative, S. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: Guidelines for reporting observational studies. *Clin. Epidemiol.* 2008, 61, 344–349. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2007.11.008>.
18. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Fundação João Pinheiro and Instituto de Pesquisa e Economia Aplicada. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. População, Densidade Demográfica, Percentual da população em área rural, Esperança de vida ao nascer e Taxa de mortalidade infantil, 2020. Available: <http://www.atlasbrasil.org.br/perfil>
19. Brasil. Ministério da Saúde. e-Gestor: Informação e Gestão da Atenção Básica. Cobertura de Estratégia Saúde da Família (ESF) de janeiro de 2018. Available: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>
20. Instituto de Pesquisa e Economia Aplicada. Índice de vulnerabilidade social de 2010. Available: <http://ivs.ipea.gov.br/index.php/pt/planilha>
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Microdados da Avaliação Externa, 2018. Available: <https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/>.
22. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2013. Available: http://atlasbrasil.org.br/2013/data/rawData/atlas2013_dadosbrutos_pt.xlsx

23. Starfield, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002: 726.
24. Kovacs R, Maia Barreto JO, da Silva EN, *et al.* Socioeconomic inequalities in the quality of primary care under Brazil's national pay-for-performance programme: a longitudinal study of family health teams. *Lancet Glob Health* 2021;9:e331-e9.
25. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde debate [Internet]*. 2018 Sep; 42 (Saúde debate, 2018 42(spe1)). Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>
26. Wenceslau L, Ortega F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. *Interface* 2015;19.
27. Miliauskas CR, Faus DP, Junkes L, *et al.* Association between psychiatric hospitalizations, coverage of psychosocial care centers (CAPS) and primary health care (PHC) in metropolitan regions of Rio de Janeiro (RJ) and Sao Paulo (SP), Brazil. *Cien Saude Colet* 2019;24:1935-44.
28. Russo LX, Powell-Jackson T, Maia Barreto JO, *et al.* Pay for performance in primary care: the contribution of the Programme for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ) on avoidable hospitalisations in Brazil, 2009-2018. *BMJ Glob Health* 2021;6.
29. Lima JTO, Giovanella L, Fausto MA, *et al.* Essential attributes of Primary Health Care: national results of PMAQ-AB. *Saude Debate* 2018;42.
30. Giovanella L, Bousquat A, Schenkman S, *et al.* The Family Health Strategy coverage in Brazil: what reveal the 2013 and 2019 National Health Surveys. *Cien Saude Colet* 2021;26:2543-56.
31. Alcântara, Karyna Duarte *et al.* Contribuições de Agentes Comunitários de Saúde para a construção do perfil de usuários da Atenção Básica com necessidades de saúde mental. *Cadernos Saúde Coletiva [online]*. 2020, v. 28, n. 4, pp. 599-608. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028040014>.
32. Cabello-Rangel H, Marquez-Caraveo ME, Diaz-Castro L. Suicide Rate, Depression and the Human Development Index: An Ecological Study From Mexico. *Front Public Health* 2020;8:561966.
33. Barbalat G, Franck N. Ecological study of the association between mental illness with human development, income inequalities and unemployment across OECD countries. *BMJ Open* 2020;10:e035055.
34. Viacava F, Porto SM, Carvalho C de C, Bellido JG. Desigualdades regionais e sociais em saúde segundo inquéritos domiciliares (Brasil, 1998-2013). *Ciênc saúde coletiva [Internet]*. 2019Jul;24(Ciênc. saúde coletiva, 2019 24(7)). Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.15812017>
35. Barreto ML. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. *Ciênc saúde coletiva [Internet]*. 2017Jul;22(Ciênc. saúde coletiva, 2017 22(7)). Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.02742017>
36. Brunoni AR, Suen PJC, Bacchi PS, *et al.* Prevalence and risk factors of psychiatric symptoms and diagnoses before and during the COVID-19 pandemic: findings from the ELSA-Brasil COVID-19 mental health cohort. *Psychol Med* 2021:1-12.
37. Ribeiro I, Correa MM, Oliveira G, *et al.* Common mental disorders and socioeconomic status in adolescents of ERICA. *Rev Saude Publica* 2020;54:04.

38. Oliveira JRF, Varallo FR, Jiron M, *et al.* Consumption of psychotropic medications in primary healthcare in Ribeirao Preto, Sao Paulo State, Brazil. *Cad Saude Publica* 2021;37:e00060520.
39. Albuquerque MV, Viana ALD, Lima LD, *et al.* Regional health inequalities: changes observed in Brazil from 2000-2016. *Cien Saude Colet* 2017;22:1055-64.
40. Hone T, Saraceni V, Medina Coeli C, *et al.* Primary healthcare expansion and mortality in Brazil's urban poor: A cohort analysis of 1.2 million adults. *PLoS Med* 2020;17:e1003357.
41. Rosário C. The Family Health Strategy: primary health care and the challenge of Brazilian metropolises. *Cien Saude Colet* 2016;21.
42. Sousa ANA, Shimizu HE. How Brazilians access Primary Health Care: evolution and adversities in recent times (2012-2018). *Cien Saude Colet* 2021;26:2981-95.
43. Fernandes CJ, Lima AF, Oliveira PRS, *et al.* Healthcare Coverage Index in the Psychosocial Care Network (iRAPs) as a tool for critical analysis of the Brazilian psychiatric reform. *Cad Saude Publica* 2020;36:e00049519.
44. Dimenstein M, Simoni ACR, Macedo JP, *et al.* Equity and access to mental health care in three Northeastern states. *Cien Saude Colet* 2021;26:1727-38.
45. Barrozo LV, Fornaciali M, de Andre CDS, *et al.* GeoSES: A socioeconomic index for health and social research in Brazil. *PLoS One* 2020;15:e0232074.
46. Campoli JS, Alves Júnior PN, Rossato FGFdS, *et al.* The efficiency of Bolsa Familia Program to advance toward the Millennium Development Goals (MDGs): A human development indicator to Brazil. *Socio-Economic Planning Sciences* 2020;71:100748.
47. Guimaraes RM. Does the inverse theory hypothesis apply to primary health care? Evidence from 5 564 Brazilian municipalities. *Rev Panam Salud Publica* 2018;42:e128.
48. Alves FJO, Machado DB, Barreto ML. Effect of the Brazilian cash transfer programme on suicide rates: a longitudinal analysis of the Brazilian municipalities. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2019;54:599-606.

5.2 Artigo 2: Effectiveness of Agreement Criteria and Flows of Collaborative Care in Primary Mental Health Care in Brazil foi publicado no periódico *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, Volume 19, Issue 22, 15148, com fator de impacto 4.614, Cite Score 4.5, percentil: 75% e Qualis da CAPES para área Medicina II: Extrato A2



Article

Effectiveness of Agreement Criteria and Flows of Collaborative Care in Primary Mental Health Care in Brazil

Valdecir Carneiro da Silva ^{1,*}, Ardigleusa Alves Coêlho ^{1,2}, Ana Angélica Régio de Queiroz ²,
Gabriela Maria Cavalcanti Costa ³, João Carlos Alchieri ³, Ricardo Alexandre Artêncio ⁴
and Severina Alice da Costa Uchôa ⁵

¹ Department of Nursing, State University of Paraíba, Rua José do Ó, 596, Campina Grande 58403-411, Brazil

² Rio Grande do Norte Research Support Foundation, Natal 59078-970, Brazil

³ Department of Psychology, Federal University of Rio Grande do Norte, Natal 59078-970, Brazil

⁴ College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto 05508-000, Brazil

⁵ Department of Collective Health, Federal University of Rio Grande do Norte, Natal 59078-970, Brazil

* Correspondence: valdecirsmetro@uepb.edu.br; Tel: +55-8339823969

Abstract: The supply of mental health processes in primary care has gaps. This study aims to analyze the association of agreement criteria and flows between primary care teams and the Family Health Support Center (NASF) for mental health collaborative care, considering the difference between capital and non-capital cities in Brazil. This cross-sectional study was conducted based on secondary data from the Primary Care Access and Quality Improvement Program. Agreement criteria and flows were obtained from 3883 NASF teams of the matrix support or collaborative care. The Chi-square test and multiple Poisson regression were used; $p < 0.05$ was considered statistically significant. Prevalence ratios of negative associations demonstrated protective factors for support actions: follow-up at Psychosocial Care Center; management of psychopharmacotherapy; offer of other therapeutic actions; care process for users of psychoactive substances; and offer of activities to prevent the use of psychoactive substances. Collaborative care in primary care was effective, and capital cities were a protective factor compared with non-capital cities.

Keywords: mental health; primary health care; collaborative care; health assessment; pharmacovigilance



Citation: Silva, V.C.; Coêlho, A.A.; Queiroz, A.A.R.; Costa, G.M.C.; Alchieri, J.C.; Artêncio, R.A.; Uchôa, S.A.; de C. Effectiveness of Agreement Criteria and Flows of Collaborative Care in Primary Mental Health Care in Brazil. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, 15148. <https://doi.org/10.3390/ijerph192215148>

Academic Editors: Paul H. Thibautoux and Harry H.X. Wang

Received: 1 September 2022

Accepted: 14 October 2022

Published: 17 November 2022

Publisher's Note: MDPI stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Copyright: © 2022 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

1. Introduction

Specific approaches of Health Care Networks, such as the psychosocial care network (PCN), are a preferential gateway to the primary health care (PHC) of the Brazilian Unified Health System (SUS). These approaches coordinate care and integrate mental health between PHC services and specialized care [1]. Despite this, providing quality care to people with mental and behavioral disorders is challenging in global health systems due to high mortality rates and reduced life expectancy [2].

The World Health Organization (WHO) World Report on Mental Health highlighted that one in eight people have some type of mental disorder and its prevalence varies according to sex and age. Mental disorders are the main causes of years lived with disability (YLD) and represent one in six cases of YLD worldwide [3]. In the current context of the COVID-19 pandemic, the global crisis has worsened and expanded, weakening services, and increasing the therapeutic gap for mental health [3].

The reduced integration of Health Care Networks and lack of qualified professionals to offer mental health care processes in the PHC leads to gaps in diagnostic accuracy and treatment, overload of specialized services, and difficulty accessing and responding to demands. Strategies used to overcome these difficulties are the implementation of devices to integrate Health Care Networks and investment in partnerships between PHC professionals and specialists via matrix support or collaborative care, specifically the PCN [2].

Mental health collaborative care emerged in the United States of America (New York) in the 1970s through the Gouverneur Health Services Program, which joined the Health Maintenance Organization Program of the Community Health Care Plan (New Haven, Connecticut) [4,5]. Collaborative care includes individual, interprofessional, and organizational interventions to improve coordination and quality of care [6]. Australia, Canada, Cuba, France, Portugal, Norway, the United Kingdom, the Netherlands, and other Latin American countries have also used collaborative care or matrix support to qualify PHC and expand the offer of primary mental health care (organization of services and clinical practices) [7].

The matrix support is a collaborative care model created in the Brazilian mental health context [8]. This model is offered by the Family Health Support Center (NASF) and primary care teams (PCT) through the Family Health Strategy (FHS) and is necessary for the integration of mental health into PHC. Internationally, this type of care is called shared care or consultation-liaison [9].

The World Health Organization (WHO) showed that only 25% of member countries met the criteria for integrating mental health into PHC. Despite the expansion of mental health promotion and prevention programs, the goals of the Comprehensive Mental Health Action Plan were extended to 2030 [10]. Thus, WHO guidelines for mental health policies, planning, and programs recommend actions to integrate PHC services into the person-centered care model with respect and protection of human rights [11,12].

The Collaborative Care Model (CoCM) is a well-known strategy, based on evidence, grounded on a Chronical Care Model (CCM), and was originally made to describe complex evidence related to the care level to (i) accomplish a multiprofessional approach; (ii) improve interprofessional communication; (iii) enhance programmed health follow-ups; and (iv) make the structured management plan [13–15]. Regarding health care procedures, these apply the care management approach by systematic monitoring and links between primary care and mental health professionals, offering patients: (1) mental health exams; (2) interventions; (3) care facilitations; and (4) follow-ups [16].

In the current epidemiological transition, impacts prevail. Before and after the COVID-19 pandemic, mental and behavioral health disorders had a global burden, recently estimated at 13%, broadening the magnitude of personal, social, and economic mental disorders costs [17] and increasing health system requirements, which are already burdened and focused in specialties, with the integration of care in the PHC environment as one of the solutions to health care needs [13]. The CoCM is developed through interprofessional care actions in the PHC, including a behavioral health care manager, who is trained to work together with PHC professionals, and assessment about mental health needs of the specific population with the review of results through supervision of a designated psychiatric consultant [15,18]. Nevertheless, health care actions and services with the offer of care plans focused on evidence related to ordinary mental disorders such as depression and anxiety in the primary care background [19].

The Present Study

In Brazil, the guiding document for matrix support in mental health proposed training, monitoring, and evaluation of PHC actions and inclusion of mental health actions in the health information system [20]. In this context, the NASF was created in 2008 and renamed in the revised version of the National Primary Care Policy (NPPCP) in 2017 to “Expanded Family Health and Primary Care Center” (NASF-AB). However, the NPPCP from 2017 extinguished the funding and disconnected NASF from the National Registry of Health Establishments, making NASF invisible to the SUS and changing the organizational matrix of the Brazilian PHC.

The collaborative care of the matrix support was considered in the last two cycles of the external assessment of the Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB) and included NASF teams: 1813 (46.5%) in the second cycle (2013–2015) and 4110 (93.2%) in the third cycle (2015–2019). The adherence of cities to PMAQ-AB was

voluntary, and the number of PCTs contracted in the program constantly increased from 17,483 (51.4% of total teams) in the first cycle to 38,865 (96.4%) in the third cycle [21,22].

The alignment between sociotechnical dichotomies of mental health crisis care of PCNs and concepts of risk and vulnerability are challenging for the community, territorial, and intersectoral care network [23,24].

In this context, the crisis, gaps, and weaknesses of mental health services in Brazil are noticeable, specifically regarding the provision of collaborative care. The underfunding derived from the structural changes of SUS PHC through PNAB 2017 and the lack of funding through the Prevent Brazil Program, which extinguished the variable Basic Care Minimum Spent, intensified the impairment; therefore, compromising collaborative care processes at the Primary Care point of the Psychosocial Care Network, mainly in small municipalities [25,26]. However, the technical note no. 3/2020 from the Department of Family Health of the Secretary of Primary Care of the Ministry of Health unlinked the composition of multidisciplinary teams from the typologies of NASF-AB teams and revoked normative instruments for parameters and costing, communicating that there will be no accreditation of new teams. Such act can result in dismissals of professionals and extinction of the NASF-AB with an impact on the PHC resolution [27], such as the care for people with mental and behavioral disorders.

Considering that health systems around the world have introduced pay-for-performance (P4P) programs to encourage health professionals to improve quality, use of care, and efficiency [28], in 2011, the Brazilian Ministry of Health developed a proposal to evaluate the quality of PHC services at the national level through the SUS Access and Quality Improvement Program (PMAQ-AB) [28,29]. PMAQ-AB was the first national P4P scheme and one of the largest in the world [22] conducted by the association between collaborative care processes or mental health matrix support induced by the PMAQ-AB in Brazilian municipalities.

PMAQ-AB was implemented in three cycles, the first (November 2011 to March 2013), second (April 2013 to September 2015), and third round (October 2015 to December 2019) [28]. PMAQ-AB results provided information for financial transfers to local health teams as an incentive proportional to performance over time [29]. Collaborative care through the provision of processes by NASF-AB teams had performance evaluations in the last two rounds. In Brazil, through the offer of matrix support from the NASF-AB teams evaluated by the PMAQ-AB, an overview of the offer of "integrated care" and "collaborative care" was possible. These terms are used to describe the integration of mental health in PHC [30].

The theoretical model shown in Figure 1 presents the integration of mental health into PHC through NASF collaborative care actions, induced and evaluated by the PMAQ-AB, with effects on essential attributes of the integrality of PHC. Such actions also favor longitudinality and coordination, especially in small and non-capital cities. Nevertheless, considering the processes for integrating mental health into PHC and throwbacks and threats to the effectiveness of the NIPCE (National Mental Health Policy (NMHP), and National Policy on Drugs (NPD), we aimed to analyze the association of criteria, concordance flows, and effectiveness between PCT and NASF for collaborative mental health care in Brazilian capitals and non-capitals, considering the processes offered at the primary care point of the Psychosocial Care Network of SUS in municipalities with different structures and population sizes.



Figure 1. Theoretical model of mental health collaborative care of the Family Health Support Center, induced by the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care in Brazil.

2. Methods

This cross-sectional study was based on secondary data and followed the Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology [31].

The study covered the PCT of 5324 Brazilian cities of all 27 federation units (including the Federal District). The original research sample with teams' voluntary adhesion was stratified for all capital and non-capital cities in all regions of Brazil. Table 1 was based on data from the third cycle (2015–2019) of the external evaluation of PMAQ-AB [32], Atlas of Human Development in Brazil [33], e-Gestor (Information and Management of Primary Care) [34], and social vulnerability index [35]. The sample was composed of 4110 participants, including 3883 professionals from NASF teams. Most participants (64.7%) were pharmacists that responded to Module IV of the third PMAQ-AB (interview with a professional from NASF team and verification of documents at the health unit).

Agreement criteria and flows between PCTs and NASF for mental health care in PHC and specialized services were considered the dependent variables. Independent variables were related to actions of collaborative care of NASF: (1) follow-up of cases with Psychosocial Care Centers (CAPS), (2) support to PCT in the management of psychopharmacotherapy, (3) offer of psychopharmacotherapy with other therapeutic actions, (4) support the approach and actions of PCT in the care of users of psychoactive substances, and (5) offer of activities to prevent the use of psychoactive substances in schools or other areas.

Independent and dependent variables were coded and named in the analysis according to parameters defined in the theoretical model. The SPSS software (version 22.0, IBM Corp. Armonk, NY, USA) was used considering the frequency distribution of teams in capital and non-capital cities of Brazil.

Table 1. Study scenarios.

Region/ Federation Units	Population (Inhabitants)	Demographic Density (Inhab/km ²)	Percentage of Population In Rural Areas (%)	Number of Primary Care Teams	FHS Coverage (%)	Life Ex- pectancy at Birth (Years)	Municipal Human Development Index	Social Vul- nerability Index (%)
Midwest								
Federal Districity	3,036,006	525.26	1.42	321	36.43	78.37	0.853	0.150
Goiás	6,779,027	19.93	9.71	1433	65.66	74.34	0.799	0.232
Mato Grosso	3,295,200	1.65	18.20	727	68.34	74.47	0.774	0.223
Mato Grosso do Sul	2,640,933	7.52	14.36	596	71.93	75.80	0.766	0.190
Northwest								
Alagoas	3,388,183	130.98	26.36	673	75.92	71.87	0.683	0.327
Bahia	15,334,591	27.14	27.14	2674	73.37	73.71	0.714	0.288
Goia	9,021,470	63.59	24.91	2545	65.12	74.07	0.735	0.259
Maranhão	6,964,705	20.98	38.92	2131	84.50	70.85	0.687	0.347
Pernambuco	9,435,052	70.88	24.63	1438	94.66	73.53	0.722	0.300
Pernambuco do Sul	3,219,953	12.80	34.23	1340	99.82	71.23	0.687	0.271
Rio Grande do Norte	3,507,564	66.42	22.19	1038	79.05	75.96	0.733	0.271
Sergipe	2,288,167	104.39	26.48	439	84.99	72.92	0.702	0.303
North								
Acre	816,603	4.98	27.44	234	78.63	74.25	0.719	0.347
Amapá	793,788	5.54	10.23	158	62.16	74.33	0.748	0.239
Amapá do Sul	3,918,125	2.51	20.91	696	54.81	72.34	0.733	0.328
Pará	8,328,271	6.70	31.52	1,521	59.10	72.29	0.698	0.292
Roraima	1,796,762	7.56	26.45	377	68.93	71.53	0.725	0.197
Roraima do Sul	466,023	2.08	23.45	129	73.20	71.84	0.752	0.253
Tocantins	1,537,679	5.54	21.20	508	94.66	73.65	0.743	0.347
Southeast								
Espírito Santo	4,012,391	87.66	16.60	725	59.05	76.02	0.772	0.214
Minas Gerais	21,130,383	35.99	14.71	5527	80.21	77.49	0.787	0.202
Rio de Janeiro	16,723,083	383.87	1.29	2933	58.66	76.48	0.796	0.237
São Paulo	45,103,052	183.71	4.06	5337	39.73	76.26	0.826	0.237
South								
Paraná	11,333,996	56.75	14.67	2333	65.56	75.55	0.792	0.184
Rio Grande do Sul	11,333,185	42.10	14.90	2113	59.93	75.85	0.787	0.210
Santa Catarina	6,988,530	73.13	16.01	1791	79.57	76.87	0.808	0.127

FHS: Family Health Strategy.

Data Analysis

Variables were dichotomized (yes and no), and responses to each item were added and divided by the total number of participants. Pearson's chi-square (χ^2) test was used to verify the association of agreement criteria and flows between PCT and NASF for mental health care in PHC and specialized services and other NASF collaborative care actions.

A multiple Poisson regression adjusted by independent variables assessed associations, prevalence ratio, and 95% confidence intervals. We also detected outliers, heterogeneity of variance, collinearity, and dependence on observations [36]. Statistical significance was set at $p < 0.05$.

The research ethics committees of the Alcides Carneiro University Hospital of the Federal University of Campina Grande (No. 5182) and Onofre Lopes University Hospital of the Federal University of Rio Grande do Norte (No. 5292) approved the study protocol. The study was conducted according to Resolution 466/12 of the National Health Council and the Declaration of Helsinki.

3. Results

Bivariate and Poisson regression analyses (significance level of 5%) were performed to analyze the association of agreement criteria and flows between PCT and NASF for mental health care in PHC and specialized services, considering the difference between capital and non-capital cities of Brazil. These analyses highlight the long-term effect of two PMAQ-AB cycles (2014–2015 and 2015–2019) that induced NASF actions to integrate mental health into PHC through the provision of mental health collaborative care processes (service organization and professional practice) in the FHS. This reinforces the potential of NMEH/NPIQ and WHO guidelines to adjust the care model according to the organization of the PCN.

The agreement criteria and flows between PCT and NASF for mental health care in PHC and specialized services were associated with (1) actions of matrix support and mental health collaborative care via NASF and (2) type of city (capital and non-capital) (Table 2).

Table 2. Bivariate associations of agreement criteria and flows between primary care teams (PCT) and family health support center (NASF) for mental health care in PHC and specialized services, considering the difference for capital and non-capital cities of Brazil (2018).

Variable	Criteria Consensus and Flows between PCT and NASF		Total	p-Value	PR [95% CI]	
	Yes	No				
City type	Capital	93.51% (n = 313)	2.48% (n = 8)	100.00% (321)	<0.001	3.84 [1.93; 7.68]
	Non-capital	90.48% (n = 322)	9.52% (n = 33)	100.00% (n = 355)		
Follow-up of cases with PCC	Yes	93.94% (n = 2682)	6.06% (n = 173)	100.00% (n = 2855)	<0.001	1.52 [1.37; 1.69]
	No	83.07% (n = 854)	16.93% (n = 174)	100.00% (n = 1028)		
Support to PCT in psychopharmacotherapy	Yes	94.62% (n = 2852)	5.37% (n = 163)	100.00% (n = 3014)	<0.001	1.73 [1.54; 1.94]
	No	78.71% (n = 688)	21.29% (n = 185)	100.00% (n = 873)		
Office of psychopharmacotherapy with other therapeutic actions	Yes	93.53% (n = 2962)	6.47% (n = 205)	100.00% (n = 3167)	<0.001	1.42 [1.30; 1.55]
	No	86.14% (n = 573)	13.86% (n = 142)	100.00% (n = 715)		
Support the approach and actions of the PCT in the care of users of psychotropic substances	Yes	93.82% (n = 3236)	6.18% (n = 213)	100.00% (n = 3449)	<0.001	1.49 [1.37; 1.62]
	No	68.12% (n = 300)	31.88% (n = 134)	100.00% (n = 434)		
Office of activities to promote the use of psychotropic substances in schools or other sites	Yes	94.21% (n = 2935)	5.69% (n = 176)	100.00% (n = 3111)	<0.001	1.63 [1.46; 1.80]
	No	78.41% (n = 621)	21.59% (n = 171)	100.00% (n = 792)		

PCC (psychosocial care centers); PCT (primary care teams); PR (prevalence ratio); CI (confidence interval).

The agreement criteria and flows between PCT and NASF with collaborative care actions were 3.84-fold higher in capital cities than in non-capital cities. Capital cities in Brazil have the highest number of services and care points of Health Care Networks. In addition, capital cities present a higher number of PCT and FHS coverage, municipal human development index, and social vulnerability index than non-capital cities. Therefore, this situation has repercussions for NASF actions.

The prevalence of follow-up of cases with PCC that performed the agreement between PCT and NASF was 1.52-fold higher than those who did not perform the follow-up.

Additionally, the prevalence of agreement criteria and flows between PCTs and NASF for mental health care in PHC and specialized services in teams that conducted actions to support PCTs in the management of psychopharmacotherapy and offer of psychopharmacotherapy with other therapeutic actions was 1.73-fold and 1.42-fold higher, respectively, than in teams not performing these actions.

Furthermore, the prevalence of agreement criteria and flows between PCTs and NASF for care in primary and specialized care was 1.40-fold higher in PCTs who received actions to support the approach and care of users of psychoactive substances than those who did not receive this action.

Actions to offer activities to prevent the use of psychoactive substances in schools or other areas showed a positive association 1.63-fold higher to perform the agreement criteria and flows between PCTs and NASF for mental health care in PHC and specialized services than teams not performing this activity.

The agreement criteria and flows between PCTs and NASF teams favor mental health care in PHC and specialized services demonstrated negative associations with a protective factor ($PR < 1$) in the following exposures: (1) 97% [95% to 98%] for capital cities, (2) 94% [92% to 96%] for actions of follow-up of cases with PCC, (3) 93% [91% to 96%] for actions to support PCT in the management of psychopharmacotherapy, (4) 98% [95% to 100%] to offer psychopharmacotherapy with other therapeutic actions, (5) 89% [85% to 92%] for actions to support PCT in the care process for users of psychoactive substances, and (6) 93% [90% to 95%] for actions to offer activities to prevent the use of psychoactive substances in schools or other areas (Table 3).

Table 3. Poisson regression analysis of consensus criteria and flows between primary care teams (PCT) and family health support center (NASF) for mental health care in PHC and specialized services in capital cities of Brazil (2018).

Parameter of Affirmative Answers	$\hat{\beta}$	Standard Error	Wald 95% CI		Hypothesis Test			$\text{Exp}(\hat{\beta})$	Wald 95% CI for $\text{Exp}(\hat{\beta})$	
			Lower	Upper	Wald Chi-Squared	df	Sig.		Lower	Upper
Intercept	0.38	0.02	0.34	0.41	378.26	1	<0.001	1.46	1.40	1.51
Type of city (capital)	−0.03	0.01	−0.05	−0.02	13.20	1	<0.001	0.97	0.95	0.98
Follow-up of cases with PCC	−0.07	0.01	−0.09	−0.05	40.12	1	<0.001	0.94	0.92	0.96
Support to PCT in psychopharmacotherapy	−0.07	0.01	−0.10	−0.04	28.39	1	<0.001	0.93	0.91	0.96
Offer of psychopharmacotherapy with other therapeutic actions	−0.02	0.01	−0.05	0.00	2.69	1	0.101	0.98	0.95	1.00
Support the approach and actions of the PCT in the care of users of psychoactive substances	−0.12	0.02	−0.16	−0.08	28.77	1	<0.001	0.89	0.85	0.92
Offer of activities to prevent the use of psychoactive substances in schools or other areas	−0.08	0.01	−0.10	−0.05	35.94	1	<0.001	0.93	0.90	0.95

PCC (psychosocial care centers); PCT (primary care teams); CI (confidence interval); df: degree of freedom.

Exposure variables were the actions of NASF-AB and PCTs in territorial-based services and PHC of the PCN of the SUS in Brazilian cities. The negative associations observed highlight the importance and need of PCC teams via matrix support and collaborative care to integrate mental health into PHC. This support is also needed to manage clinical protocols and the therapeutic guidelines via intersectionality of actions, both for psychopharmacotherapy and other non-pharmacological psychosocial care actions for alcohol and other drug users.

4. Discussion

The regression analysis adjusted for the association of agreement criteria and flows between PCT and NASF for collaborative mental health care in the primary and specialized care of the PCN showed negative associations. A protective factor was observed for actions of NASF teams in capital cities, follow-up of cases with PCC, support to PCT in the management of psychopharmacotherapy, offer of psychopharmacotherapy with other therapeutic actions, support to PCT in the care process for users of psychoactive substances, and offer of activities to prevent the use of psychoactive substances in schools or other areas. These associations may help diagnose the situation of mental health integration into PHC via collaborative care of the NASF induced by the long-term effects of PMAQ-AB in Brazil.

The dichotomous variables of the PMAQ-AB database can be considered a study limitation. On the one hand, the database highlights matrix support actions and collaborative care via NASF. On the other hand, it does not identify specific variables related to sociodemographic aspects, age group, health promotion for all classifications of mental disorders, and equity of access for people with mental and behavioral disorders. Additionally, data regarding mental health collaborative care actions were self-reported only by NASF professionals that joined the third cycle of the external evaluation of PMAQ-AB in capital and non-capital cities of Brazil.

The analysis of results from this approach can be supported by other studies that showed low percentages of implementation of mental health care in PHC (at the national level); persistence of regional inequalities of access in RAPS (mainly in high-complexity hospitals in the national context); gaps in health promotion strategies, care management, and pharmaceutical assistance; and the offer of processes in Primary Care in some RAPS settings with potential for better performance and longitudinal follow-up [37,38]. Gaps in collaborative mental health care can be filled through a positive association. For instance, there is a protective factor between the implementation of matrix support and the improvement in the detection and treatment of mental disorders in primary care, suggesting effects of this primary mental health care are favored by intensifying local organizational support for clinical integration among RAPS workers, including those at the Primary Care point [39].

The demand for mental health services in Brazil increased despite incentives for permanent education in health and guidelines from international and national health agencies, including state and city health departments with flow criteria for treatment. Additionally, NASF professionals recognized the lack of instruments and strategies to quantify and organize this demand [40]. Nevertheless, PCTs receiving support from NASF reported associations between social problems (e.g., low income, unemployment, and large number of inhabitants per household) and complaints related to mental health [40].

The Brazilian findings support the international evidence about the cooperative model based on the PHC measure, which uses proactive data collection to offer plans related to care focused on the patient, including clinical and systematic measures of longitudinal care, which are guided to scanning, assessment, and answers to individualized results, such as the seriousness of symptoms and the extent of goals in the long term, and through practical guidelines. These actions foster the enhancement of access and quality of integrated care of mental health in the PHC with the other levels of assistance, fostered by P4P to health professionals [13]. Towards this direction, there are initiatives, such as Improving Access to Psychological Therapies (IAPT), which belongs to National Health Service of the United

Kingdom, the Dutch initiative to Depression, and the Australian model TrueBlue, although they do not reach all patients with mental disorders and do not include, on a daily basis, most health aspects [13]. Although positive effects are present in the PHC model, such as users' satisfaction and effectiveness of care, there are conflicts among professionals related to treatment time length and full-flow design to make collaborative work [18].

The results in Brazil, a middle-income country, but with a wide range of inequalities and inequities, are aligned to evidence a shortage of health professionals when compared to high-income countries; although the collaborative care is based in evidence to the treatment of ordinary mental health problems in the PHC, it is advisable that obstacles be overcome with appropriate approaches and operationalized in environments with scarce resources [19].

The effects of PMAQ-AB highlight the diagnosis of mental health integration into PHC and reveal aspects related to access and quality of collaborative care processes via NASE. The protective factor in the analysis of agreement criteria and flows between PCTs and NASF for mental health care in capital cities can also be related to a better specialized structure for mental health and involvement of professionals from different areas in PHC, which is uncommon in small and medium-sized cities [40].

Since the first cycle (2011), the effects of PMAQ-AB on the evaluation and monitoring of PCTs induced qualification, planning, schedule of structures and processes, and results prioritizing social and programmatic vulnerabilities in the NPCEP. Financial incentives for PHC were also observed, such as the implementation of PCTs specific for a territory or population (riverside, river, and prison care), expansion of NASE; implementation of Street Offices, promotion and prevention actions (Health at School Program), and home care (Better at Home Program) [22]. The PMAQ-AB also participated in other initiatives of the Ministry of Health, such as the Basic Health Unit Requalification Program, investment and implementation of a PHC information system (e-SUS), telehealth (Telehealth Brazil Network), Appreciation of Professionals of Primary Care Program, provision of professionals via the More Doctors Program, and the increase of medical and multi-professional residency vacancies in PHC [22]. These initiatives complement each other for systematization and coordination of the PHC and improvement of the infrastructure of basic health units (i.e., implementation of electronic health records in e-SUS primary care since 2016).

Nevertheless, based on the second cycle (2013–2015) of PMAQ-AB, the incentive to P4P did not ensure the adherence of vulnerable populations from priority regions to resources and investment in teams [41]. Furthermore, despite satisfactory results for capital cities, risk factors for problem solving and quality of care offered in PHC were observed in the second cycle, such as a deficit in training and qualification of professionals for better integration between PCTs and NASF (especially collaborative care), monitoring of the therapeutic project, planning based on health indicators, and heterogeneity of actions between the Ministry of Health and state and municipal health departments [41]. Seen in these terms, it was shown that the growth of payment models based on values that compensate the health systems and professionals to achieve results and not based on service volumes is imperative to enhance the quality of mental health care [13].

The results of this study demonstrate a protective factor for collaborative care actions offered by PCC in capital cities, which corroborate investments of the NMHP and NPCEP. PCC are strategic devices of specialized reference that perform territorial, community, and collaborative care actions [24]. Before NASE, programmatic guidelines guided the PCC to offer these actions to the PCTs, while matrix support teams were created when PCC was insufficient [20].

In addition, the configuration of collaborative care in the PCN through actions of NASF allowed the understanding of the performance of processes of PCTs and NASF (organization of services and clinical practice) in risk areas with territorial problems. The study used the perspective of planning, programming, and supply strategies, given the systematization of clinical guidelines and therapeutic protocols in the PCN of SUS and considering the deinstitutionalization of the Brazilian psychiatric reform. Therefore, issues

regarding processes, structure, epidemiology, and policy are essential for the operationalization of collaborative care, in addition to invisible resources (e.g., interpersonal and inter-professional relationships) in which principles of decentralization, integrity, and equity of SUS are materialized and reinvented in practice [42]. Data also revealed the potential of policies, programs, PCN, and mental health actions for changing traditional patterns and the effects of PMAQ-AB in the collaborative and inter-professional care process for integrating mental health into PHC in Brazil.

The use of an evidence base, such as the Mental Health Gap Action Program of WHO, is a protective factor for managing psychopharmacotherapy in the PHC. This program encourages mental health services in the PHC of low- and middle-income countries [43]. Despite guidelines, the translation, dissemination, and implementation of evidence-based mental health policies are slow in low-income countries [44].

The collaborative case management or matrix support for psychopharmacotherapy in Brazil is oriented by guidelines (Primary Care Notebooks and pharmaceutical practices in the NASF-AB), which includes guidance for the rational use of medicines and support for people with psychological distress or mental disorders [28]. In this context, most PCT professionals perceive the abuse of psychotropic drugs and claim cultural heritage for the ignorance of users and side effects [40].

Another protective factor for managing psycho-pharmacotherapy users in the FHS is the mitigation of social medicalization subsidized by the biomedical model that subordinates the PCT work process. This reveals the process of medicalization in the biologicist PHC model that transfers responsibility to individual factors and is centered on clinical practice, not responsible for sociopolitical issues of the territory [45].

In the field of care actions and considering PHC complexity, the results of our study indicate the use of soft technologies (i.e., offer of other non-pharmacological therapeutic actions for mental and behavioral disorders) as a protective factor for capital cities. These actions were not listed or explained in the questionnaire of the third cycle, despite the inclusion of actions in clinical guidelines and evidence-based therapeutic protocols (i.e., home visits, reception, shared consultation, inter-professional and intersectoral actions, supported self-care, clinical case discussion, risk stratification, operating group, Singular Therapeutic Project, case management, and case management). Despite this protective factor, the potential of soft technologies for people in psychological distress is still underused. Moreover, the low professional qualification limits the diagnosis, response to psychosocial treatment, and rehabilitation [46].

Offering support to PCTs in the care process of users of psychoactive substances was also a protective factor for capital cities. Therefore, we may infer the need for better conditions of structure and processes, including a psychosocial care center specialized in alcohol and other drugs (PCC for Alcohol and Drugs (PCCAD)) and other structuring equipment of PCNs (i.e., Street Clinic, Shelter Unit, and Community Centers), whose implementation depends on the epidemiological profile and population size.

Despite the protective effect for the third cycle of PMAQ-AB, throwbacks of the Federal Government must be highlighted, such as changes in the NPD, exclusion of harm reduction care for people with substance abuse, and election of abstinence as the only possible treatment. The replacement of abstinence models strengthened biomedical psychiatrization through involuntary hospitalizations, judicialized care through coercive forces, and moralized treatments by prioritizing private institutions of religious and spiritual orientation (i.e., Therapeutic Communities) [47].

The risk factors of these throwbacks can be related to the ineffectiveness of clinical practices and absenteeism of PHC users and specialized services. A crisis in the penitentiary system is also possible because of overcrowding and the creation of new services for psychosocial rehabilitation due to misunderstandings regarding the war on drugs [47].

Considering the need for interconnection of collaborative care actions in the agreement criteria and flows between PCTs and NASF, we highlight the linkage between follow-up actions and PCCAD, in which professionals of services identified an underutilization of the

PHC approach for reducing harms and PCT and matrix support professionals indicated barriers in the referral to some PCCAD [47].

The module IV of PMAQ-AB selected the offer of promotion and prevention activities for the use of psychoactive substances instead of care processes for other mental disorders. This position neglected the burden of other mental disorders, age groups in the PHC, deinstitutionalization, and psychosocial rehabilitation strategies, therefore, justifying the protective factor for capital cities.

Proposals for integrating PCN devices into the PHC may facilitate the identification of prevention and promotion of mental health for better articulation of actions with access, treatment adherence, and rehabilitation according to individual and collective needs [48]. Mental health promotion and prevention actions are included in NASF guidelines [7] due to the burden of mental disorders and insufficient provision of care to close the mental health gap in low- and middle-income countries. Nevertheless, these actions are still incipient in most health systems [44]. Although countries reported increased mental health promotion and prevention programs (52% in 2020), 31% did not have assured human and financial resources, 27% did not plan, and 39% did not document the progress and impacts [10].

These Brazilian findings support the produced evidence about the context in the United States of America, where the necessity of implementation of PHC at a large scale is highlighted by the fact that the system of specialized service in mental health is not able to meet health service demands and, even before the COVID-19 pandemic, the access to mental health care was already limited because of the concentration of mental health specialists in individualized practices in urban areas, which lead to geographical barriers, encumbrance of treatment costs, and isolation for the effectiveness of mental health teams [15]. In this context, the CoCM offers specialized knowledge for the PHC scenario; and even if the number of mental health appointments for PHC rise, its integrated and coordinated nature of the given care offer reduces the inevitable use and the PHC and system demands in general [15].

The effects of the PMAQ-AB corroborate analyses of barriers and threats to mental health, including neglect of mental health promotion and protection in community services for mental health [48]. Throwbacks and crises of the NMHP compromise guidelines of the Brazilian psychiatric reform and promote a new edition that encourages psychiatric hospitalization, decouples NMHP from NPD, emphasizes the funding of therapeutic communities, and prohibits issues related to alcohol and other drugs in the psychiatric reform [49].

Nevertheless, the funding and management plan included in the Previne Brazil Program practically annihilated the NASF-AB. The Federal Government allowed state and city managers to adopt any multiprofessional care model. Consequently, the city and state Health Secretariats must define the multidisciplinary teams and the minimum workload.

5. Conclusions

This study evidenced the effectiveness of the criteria and agreement flows for collaborative mental health care, based on the theoretical model proposed for the NASF matrix support process. Such model impacts on planning, programming, provision of promotion, prevention processes, and on mental health care, through the diagnosis of the health situation and pharmacovigilance in the RAPS organization of SUS in Brazil. The long-term effects of PMAQ-AB were positive and improved collaborative mental health care through interprofessional actions at the PHC point of RAPS, effecting the NMHP and NPD according to WHO guidelines, de-institutionalization, and rehabilitation processes of psychosocial development of the Brazilian psychiatric reform. In addition, the protective factor of macrosocial determinants for the structure of capitals in relation to medium and small cities in Brazil was highlighted. The Brazilian Federal Government has a neoliberal agenda, whose conflicts of interest allow attacks and threats to guarantees of national health policies. This affects the NMHP and NPD via underfunding strategies and weakening and

dismantling NASF and PCN, compromising the provision of mental health collaborative care processes in the PHC.

Last, investments for integrating mental health into PHC, providing professional training and Permanent Education in Health focused on social determinants of health, and promoting mental health according to clinical guidelines and protocols of health agencies are challenging, aiming to mitigate inequities, inequalities of access, care gaps, differences in the structure and supply of the mental health care processes between small, medium, and large municipalities, in a country with regional disparities and territorial dimension, such as Brazil.

Although there is evidence about CoCM mental health in Brazil, the strong points of this study are presented through detailed description on the criteria of agreement and flows of CoCM in the Brazilian PHC, in a P4P scheme, through the data analysis of programs and service processes offered nationwide, in a country with continental dimensions such as Brazil. However, there are theoretical contributions to rebuild policies, programs, guidelines, and mental health care technologies and training of skills and abilities in the education of health professionals; and there are practical implications for the planning and management of mental health processes through the integration of care based on the person in different PHC contexts.

Considering study limitations, randomized clinical essays should be performed to confirm evidence of the CoCM relation in the PHC, with the classification of mental and behavior disorders, health social determinants, care technologies, and the promotion of mental health.

Author Contributions: Conceptualization, V.C.d.S., A.A.C. and S.A.d.C.U.; methodology, V.C.d.S., S.A.d.C.U., A.A.R.d.Q. and R.A.A.; data curation and statistical analysis, V.C.d.S. and A.A.C.; writing—original draft preparation, V.C.d.S., S.A.d.C.U. and G.M.C.C.; writing—review and editing, V.C.d.S., A.A.C. and J.C.A.; visualization, V.C.d.S., A.A.C. and S.A.d.C.U.; supervision, S.A.d.C.U. and R.A.A. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: This research received no external funding.

Institutional Review Board Statement: This study has been ethically reviewed and approved by two institutional review boards: The research ethics committees of the Aldeias Carrotas University Hospital of the Federal University of Campina Grande (approval number: 5162) and Creche Lopes University Hospital of the Federal University of Rio Grande do Norte (approval number: 5292).

Informed Consent Statement: Not applicable.

Data Availability Statement: Not applicable.

Acknowledgments: We thank the coordination of the National Program for the Improvement of Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB) from the States of Rio Grande do Norte and Ceará, Brazil.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflict of interest.

References

1. Melo, E.A.; Gomes, G.G.; Carvalho, J.O.D.; Ferreira, P.H.B.; Gualtrini, K.B.D.L. A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. *Physis* 2021, 31, e310108. [\[CrossRef\]](#)
2. Treichel, C.A.D.S.; Campos, R.T.O.; Campos, G.W.D.S. Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil. *Interface-Comun. Saúde Educ.* 2018, 23, e180617. [\[CrossRef\]](#)
3. WHO. *World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All*; Executive summary; WHO: Geneva, Switzerland, 2022.
4. Auerwald, E.H. The Government Health Services Program: An experiment in ecosystemic community health care delivery. *Fam. Syst. Med.* 1993, 1, 5–24. [\[CrossRef\]](#)
5. Coleman, J.V.; Patrick, D.L.; Baker, S.M. The mental health of children in an HMO program. *J. Pediatr.* 1977, 91, 150–153. [\[CrossRef\]](#)
6. Saratva, S.A.L.; Zepeda, J.; Liria, A.F. Componentes do apoio matricial e cuidados colaborativos em saúde mental: Uma revisão narrativa. *Gênes: Saúde Coletiva* 2020, 25, 553–565. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
7. Almeida, E.R.D.; Medina, M.G. A gênese do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na agenda da atenção primária à saúde brasileira. *Cad. Saúde Pública* 2021, 37, e00310820. [\[CrossRef\]](#)

8. Martins, S.M.; Salles-Filho, W.; Irtzold, L.P.; Pflingster, L.E.; Brax, P.D.; McDermott, J.; Williams, S.; De Garmo, D.; De Sousa, J.C.; Pincock, H.; et al. Implementation of ‘matrix support’ (collaborative care) to reduce asthma and COPD referrals and improve primary care management in Brazil: A pilot observational study. *NZ Prim. Care Respir. Med.* **2018**, *33*, 16047. [\[CrossRef\]](#)
9. Fortes, S.; Moraes, A.; Adiat, K.; Chazan, L.F.; Rocha, H.; Trissem, J.; Ragazzi, C.; Pithon, T.; Machado, A. Psiquiatria no século XXI: Transformações a partir da integração com a Atenção Primária pelo matriciamento. *Physio* **2014**, *38*, 1079–1102. [\[CrossRef\]](#)
10. WHO. *Mental Health Atlas 2020*; WHO: Geneva, Switzerland, 2021.
11. WHO. *Guidance on Community Mental Health Services: Promoting Person-Centred and Rights-Based Approaches*; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2021.
12. Sampaio, M.L.; Irtzold, J.P.R. Rumo à integralidade da saúde mental: Experiências e desafios da atenção psicossocial no Brasil. *BMC Public Health* **2021**, *21*, 1352. [\[CrossRef\]](#)
13. Kilbourne, A.M.; Beck, K.; Sparth-Rublee, B.; Ramaratn, P.; O'Brien, R.W.; Tomoyasu, N.; Pincus, H.A. Measuring and improving the quality of mental health care: A global perspective. *World Psychiatry* **2018**, *17*, 30–38. [\[CrossRef\]](#)
14. Curth, N.K.; Betnco-Clausson, U.G.; Hjorthøj, C.; Davidsen, A.S.; Mikkelsen, J.H.; Lau, M.E.; Lundsteen, M.; Colling, C.; Christensen, K.S.; Jakobsen, M.; et al. Collaborative care for depression and anxiety disorders: Results and lessons learned from the Danish cluster-randomized Collabor trials. *BMC Family Pract.* **2020**, *21*, 294. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
15. Carlo, A.D.; Barnett, B.S.; Urutian, J. Harnessing Collaborative Care to Meet Mental Health Demands in the Era of COVID-19. *JAMA Psychiatry* **2021**, *78*, 355–356. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
16. Frenkel, K.A.-O.; McDermott, S.A.-O. The complexity, diversity, and science of primary care teams. *Am. Psychol.* **2018**, *73*, 451. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
17. Carlini, V.A.A.; Andrade, C.I.T.D.; Gutmanica, D.A.; Pereira, F.H.B.; Modera, C.M.; Gutmanica, E.A.A.; Garra, C.A.P.D. Cêfrc: saúde coletiva. *Gênc. Saúde Coletiva* **2022**, *27*. [\[CrossRef\]](#)
18. Holmes, A.; Chung, Y.-P. Effect of mental health collaborative care models on primary care provider outcomes: An integrative review. *Fam. Pract.* **2022**, *39*, 964–970. [\[CrossRef\]](#)
19. Urutian, J.; Carlo, A.D.; Collins, P.Y. Leveraging collaborative care to improve access to mental health care on a global scale. *World Psychiatry* **2020**, *19*, 36. [\[CrossRef\]](#)
20. Ministério da Saúde. *Saúde Mental e Atenção Básica: O Vínculo e o Diálogo Necessários*; Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde: Brasília, Brazil, 2003.
21. Macriks, J.; Harris, M.J.; Rocha, M.C. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ): Fulfilling the Potential of the World's Largest Payment for Performance System in Primary Care. *J. Ambul. Care Manag.* **2017**, *40*, 54–571. [\[CrossRef\]](#)
22. Russo, L.X.; Powell-Jackson, T.; Barreto, J.O.M.; Bonghi, J.; Kevaca, R.; Jurice, G.D.G.; Gomes, L.R.; Sampaio, J.; Shimizu, H.R.; de Sousa, A.N.A.; et al. Pay for performance in primary care: The contribution of the Programme for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ) on avoidable hospitalizations in Brazil, 2009–2016. *BMJ Glob. Health* **2021**, *6*, e005429. [\[CrossRef\]](#)
23. Dias, M.K.; Ferrigato, S.H.; Fernandes, A.D.S.A. Atenção à Crise em saúde mental: Centralização e descentralização das práticas. *Gênc. Saúde Coletiva* **2020**, *25*, 595–602. [\[CrossRef\]](#)
24. Cruz, K.D.F.D.; Guarnizo, A.V.P.; Vieira, J.S. Atenção à crise em saúde mental: Um desafio para a reforma psiquiátrica Brasileira. *Revista NUFEM* **2018**, *11*, 117–132. [\[CrossRef\]](#)
25. Melo, E.A.; Almeida, P.E.; Lima, L.D.; Giovarella, L. Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento à deral da Atenção Básica à Saúde no Brasil. *Saúde em Debate* **2019**, *43*, 137–144. [\[CrossRef\]](#)
26. Massuda, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: Avanço ou retrocesso? *Gênc. Saúde Coletiva* **2020**, *25*, 1161–1188. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
27. Santos, T.L.A.; Pereira, C.M.F.; Ferreira, J.L. A dimensão técnico-pedagógica da ação matricial no Núcleo de Ampliação de Saúde da Família e Atenção Básica (NasF-AB). *Interface-Comun. Saúde Educ.* **2022**, *26*, e210810. [\[CrossRef\]](#)
28. Kevaca, R.; Maia Barreto, J.O.; da Silva, E.N.; Bonghi, J.; Kristiansen, S.R.; Costa, D.R.T.; Bezerra Gomes, L.; Gurgel, G.D.J.; Sampaio, J.; Powell-Jackson, T. Socioeconomic inequalities in the quality of primary care under Brazil's national pay-for-performance programme: A longitudinal study of family health teams. *Lancet Glob. Health* **2021**, *9*, e331–e339. [\[CrossRef\]](#)
29. Cunha, M.A.; Vettore, M.V.; dos Santos, T.R.; Matta-Machado, A.T.; Lucas, S.D.; Almeida, M.H.N.G. The Role of Organizational Factors and Human Resources in the Provision of Dental Prosthetics in Primary Dental Care in Brazil. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2020**, *17*, 1646. [\[CrossRef\]](#)
30. Lu, J.; Jaramat, S.; Benjamin, J.; Agbata, E.; Magwood, O.; Pettie, K. Global Mental Health and Services for Migrants in Primary Care Settings in High-Income Countries: A Scoping Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2020**, *17*, 8627. [\[CrossRef\]](#)
31. Von Elm, E.; Altman, D.G.; Egger, M.; Pocock, S.J.; Gøtzsche, P.C.; Vandenbroucke, J.P.; Initiative, S. The Strengthening of Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: Guidelines for reporting observational studies. *Clin. Epidemiol.* **2008**, *61*, 344–349. [\[CrossRef\]](#)
32. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica*; Metodologia da Avaliação Externa; Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Ministério da Saúde: Brasília, Brazil, 2018. Available online: <https://apps.saude.gov.br/agt/pmaq/ciclo3/> (accessed on 31 August 2022).

33. PNUD. *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. População, Densidade Demográfica, Percentual da População em Área Rural e Esperança de Vida ao Nascer; Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)*. Brasília, Brazil, 2013. Available online: <http://www.atlasbrasil.org.br/parâmetros> (accessed on 31 August 2022).
34. Ministério da Saúde. *e-Gestor: Informação e Gestão da Atenção Básica: Cobertura de Estratégia Saúde da Família (ESF) de Janeiro de 2018*; Ministério da Saúde: Brasília, Brazil, 2018. Available online: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/consultasPublicas/nulicorcor/multilicorcorCoberturaAB.html> (accessed on 31 August 2022).
35. IPEA. *Índice de Viabilidade Social de 2010*; Instituto de Pesquisa e Economia Aplicada (IPEA): Brasília, Brazil, 2010. Available online: <https://www.ipea.gov.br/index.php/pt/planilha> (accessed on 31 August 2022).
36. Zuur, A.F.; Ieno, E.N.; Elphick, C.S. Um protocolo para exploração de dados para evitar problemas estatísticos comuns. *Métodos Ecol. Evol.* **2010**, *1*, 3–14. [[CrossRef](#)]
37. Gerbasiolo, T.R.; Arruda, A.T.; Horita, B.L.; Garrick, L. Avaliação da organização do cuidado em saúde mental na atenção básica à saúde do Brasil. *Trabalho Educ. Saúde* **2018**, *16*, 1079–1094. [[CrossRef](#)]
38. Amaral, C.E.M.; Teichel, C.A.S.; Francisco, P.M.S.B.; Campos, R.T.O. Assistência à saúde mental no Brasil: Estudo multicêntrico em quatro grandes cidades. *Cadernos de Saúde Pública* **2021**, *37*, e20043420. [[CrossRef](#)]
39. Saraiva, S.; Bachmann, M.; Andrade, M.; Liria, A. Bridging the mental health treatment gap: Effects of a collaborative care intervention (matrix support) in the detection and treatment of mental disorders in a Brazilian city. *Fam. Med. Community Health* **2020**, *8*, e100263. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
40. Gama, C.A.P.D.; Lourenço, R.F.; Carlini, V.A.A.; Campos, C.G.; Guimarães, D.A. Os profissionais da Atenção Primária à Saúde diante das demandas de Saúde Mental: Perspectivas dos atos. *Interface-Comm. Saúde Educ.* **2021**, *21*, e200438. [[CrossRef](#)]
41. Brocardo, D.; Andrade, C.L.T.D.; Fuzato, M.C.R.; Lima, S.M.L. Nível de Apoio à Saúde da Família (NASF): Programa nacional a partir de dados do PMAQ. *Saúde em Debate* **2018**, *42*, 133–144. [[CrossRef](#)]
42. Hirata, A. Apoio Matricial em saúde mental: A perspectiva dos especialistas sobre o processo de trabalho. *Saúde em Debate* **2018**, *42*, 656–668. [[CrossRef](#)]
43. Rocha, H.A.D.; Santos, A.D.F.D.; Reis, L.A.; Santos, M.A.D.C.; Chanchóla, M.L. Mental health in primary care: An evaluation using the Item Response Theory. *Rev. Saúde Pública* **2018**, *52*, 17. [[CrossRef](#)]
44. Watling, M.L.; Scrima, P.; Shultz, J.M.; Halperin, L.; Meade, J.J.; Johnson, K.A.; Neria, V.; Bradford, J.E.; Oquendo, M.A.; Arubuckle, M.R. Challenges and Opportunities in Global Mental Health: A Research-to-Practice Perspective. *Gen. Psychiatry* **2017**, *19*, 28. [[CrossRef](#)]
45. Melk, R.V.; Barbosa, G.C.D.; Domingos, T.D.S. Psicodópticos e Atenção Primária à Saúde: A subordinação da produção de cuidado à medicalização no contexto da Saúde da Família. *Interface-Comm. Saúde Educ.* **2021**, *25*, e200129. [[CrossRef](#)]
46. Vieira, S.M.; Freire, S.S.A. Tecnologias leves no cuidado na atenção psicossocial: Entendimento e uso por profissionais na rede de saúde do município de Corumbá-MS. *Cadernos Brasileiros de Saúde Ment al* **2021**, *13*, 1–14.
47. Faria, P.E.O.; Fortigato, S.H.; Lusa, L.A.O. O apoio matricial na rede de atenção às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. *Cadernos Brasileiros Terapia Ocup.* **2020**, *28*, 931–948. [[CrossRef](#)]
48. Patel, V.; Saxena, S.; Lund, C.; Thornicroft, G.; Batugana, F.; Bolton, P.; Chisholm, D.; Collins, P.Y.; Cooper, J.L.; Eaton, J.; et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet* **2018**, *392*, 1553–1598. [[CrossRef](#)]
49. Cruz, N.H.D.; Gonçalves, R.W.; Delgado, P.G.G. Retrocesso da reforma psiquiátrica: O desmonte da política nacional de saúde mental Brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho Educ. Saúde* **2020**, *18*, e20205117. [[CrossRef](#)]

6 CONCLUSÕES

As análises realizadas no desenho do primeiro artigo deste estudo evidenciaram correlações entre ações de SM na APS e indicadores socioeconômicos nas capitais brasileiras. Estes achados apresentaram associações corroborando com evidências de outros estudos empíricos, demonstrando que o PMAQ-AB induziu a mitigação da desigualdade em relação às condições socioeconômicas na APS, onde o pagamento estava vinculado ao desempenho e incluía EABs de regiões com maiores desigualdades socioeconômicas. Contudo, apesar das desigualdades, encontramos relações entre a provisão de ações de SM pelas EABs e melhor renda *per capita* e IDHM. Os investimentos em longo prazo do PMAQ-AB também foram validados, uma vez que promoviam a equidade no acesso à saúde para populações vulneráveis, incluindo pessoas com TMs.

De modo complementar, o segundo artigo evidenciou a eficácia da pactuação de critérios e fluxos para Cuidados Colaborativos (CoCMs, sigla em inglês) de saúde mental, com base no modelo teórico proposto para as ações de apoio matricial do NASF; e tal modelo impacta no planejamento, programação, oferta de processos de promoção, prevenção e cuidados de saúde mental, por meio do diagnóstico da situação de saúde e farmacovigilância na organização da RAPS. Destarte, percebeu-se que os efeitos em longo prazo do PMAQ-AB foram positivos e melhoraram os cuidados colaborativos de saúde mental, efetivando a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) e Política Nacional de Álcool e Drogas (PNAD), de acordo com as diretrizes da OMS e da Reforma Psiquiátrica brasileira. Além disso, o fator protetor dos DSS macrossociais para a estrutura de capitais em relação às cidades médias e pequenas do Brasil foi destaque. Embora já se tenha evidências sobre CoCMs de saúde mental no Brasil, os pontos fortes deste estudo apresentam-se pela descrição detalhada da pactuação de critérios e fluxos do CoCM de saúde mental na APS brasileira induzidos no esquema P4P, por meio de análise de base de dados nacional, resultante da Avaliação Externa do terceiro ciclo do PMAQ-AB sobre organização e oferta de processos de programas e serviços, num país de dimensão continental como o Brasil.

Neste contexto, o atual Governo Federal, por meio de agenda neoliberal, demonstrou e favoreceu supostos conflitos de interesse com iniciativas de precarização e desmonte da RAPS, favorecidas por revisões da PNAB, PNAD e PNSM; e sob efeitos do subfinanciamento da APS por meio do Programa Previne

Brasil do MS, que subfinancia a APS, desmonta o formato original da ESF, negligencia direitos humanos, desqualifica, extingue e privatiza serviços comunitários, comprometendo os cuidados primários de saúde mental; e desconstruindo as diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira. Contudo, as políticas de saúde brasileiras ainda precisam de efetividade para garantir a equidade na saúde e melhorar o acesso e a qualidade da APS, incluindo mecanismos de avaliação das ações de SM.

No entanto, apresentaram-se contribuições teóricas para a reformulação de políticas, programas, diretrizes, tecnologias de cuidado em saúde mental, treinamento de competências e habilidades na formação dos profissionais de saúde; e implicações práticas para o planejamento, gestão e oferta de processos de cuidado de saúde mental por meio da integração dos cuidados centrados na pessoa, em diferentes contextos da APS.

Destarte, é desafiador investir na integração da saúde mental na APS, na formação profissional e na educação permanente em saúde com foco nos DSS e na promoção da saúde mental segundo diretrizes clínicas e protocolos das agências sanitária nacionais e internacionais, visando mitigar iniquidades, desigualdades de acesso, vazios assistenciais, diferenças de estrutura e oferta do processo-cuidado de saúde mental entre municípios de pequeno, médio e grande porte, em um país de disparidades regionais e dimensão territorial, como é o caso do Brasil.

Tais reflexões podem potencializar ações do planejamento e programação em saúde por meio de uma prática baseada em evidências que revise, avalie e atualize as ações e intervenções de saúde mental na APS para, deste modo, reduzir as lacunas ou vazios assistenciais de organização e processos de rastreamento, atendimento, estratificação do risco, monitoramento, e avaliação de estrutura, processo e resultados das ações de saúde mental nos territórios.

Considerando as limitações deste estudo, sugere-se a realização de estudos clínicos randomizados para confirmar evidências das associações de ações de integração da saúde mental e de CoCMs na APS com a classificação dos transtornos mentais e comportamentais, DSS, tecnologias de cuidado, prevenção e promoção da saúde mental.

REFERÊNCIAS

1. Spitzer RL, et al. Medical and mental disorder: Proposed definition and criteria. *Ann Med Psychol* (Paris) (2018), <https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.07.004>
2. Coelho, Vivian Andrade Araújo et al. Regionalização da atenção psicossocial: uma visão panorâmica da Rede de Atenção Psicossocial de Minas Gerais, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2022, v. 27, n. 05, pp. 1895-1909. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.11212021>.
3. Silva, V.C.d.; Coêlho, A.A.; Queiroz, A.A.R.d.; Costa, G.M.C.; Alchieri, J.C.; Arcêncio, R.A.; Uchôa, S.A.d.C. Effectiveness of Agreement Criteria and Flows of Collaborative Care in Primary Mental Health Care in Brazil. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, <https://doi.org/10.3390/ijerph192215148>
4. Alegria M, Nakash O, NeMoyer A. Increasing equity in access to mental health care: a critical first step in improving service quality. *World Psychiatry* 2018;17:43-4.
5. Kohn R, Ali AA, Puac-Polanco V, et al. Mental health in the Americas: an overview of the treatment gap. *Rev Panam Salud Publica* 2018;42:e165.
6. Sharfstein SS. Whatever Happened to Community Mental Health? *Psychiatr Serv*. 2000 maio; 51 (5): 616-20. PMID:10783179. DOI: [10.1176 / appi.ps.51.5.616](https://doi.org/10.1176/appi.ps.51.5.616)
7. Hone T, Macinko J, Millett C. Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? *Lancet*. 2018 Oct 20;392(10156):1461-1472. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31829-4..
8. Organizaco Panamericana de La Salud. *Declaracion de Caracas*. Caracas: Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistema Locales de Salud (SILOS) convocada por la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud,, (OMS/OPS), 1990.
9. World Health Organization. *The introction of a mental health component into primary health care*. Geneva: WHO Library, 1990.
10. Organização Mundial de Saúde. *Relatório Mundial de Saúde 2001. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde; 2002
11. Organização Mundial de Saúde. *Relatório Mundial de Saúde 2008. Cuidados de Saúde Primários – Agora Mais Que Nunca*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde; 2008.
12. MI-mhGAP Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde. Versão 2.0. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2018.
13. Organização Mundial de Saúde; Organização Mundial de Médicos de Família (Wonca). *Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde. Coordenação Nacional para a Saúde Mental; 2009.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Caderno de Atenção Básica nº 34 - Saúde mental*, Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

15. Sampaio, M.L., Bispo Júnior, J.P. Towards comprehensive mental health care: experiences and challenges of psychosocial care in Brazil. *BMC Public Health* 21, 1352 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11397-1>
16. World Health Organization. Mental Health Atlas 2020. World Health Organization, 2021. Available: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345946>
17. Takayanagi Y, Spira AP, Roth KB, Gallo JJ, Eaton WW, Mojtabai R. Accuracy of Reports of Lifetime Mental and Physical Disorders: Results From the Baltimore Epidemiological Catchment Area Study. *JAMA Psychiatry*. 2014;71(3):273–280. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.3579.
18. Souza, Maximiliano Loiola Ponte de. (2016). Registro de distúrbios mentais no Sistema de Informação da Atenção Básica do Brasil, 2014. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 25(2), 405-410. <https://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742016000200018>
19. Macedo, João Paulo et al. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Saúde e Sociedade* [online]. 2017, v. 26, n. 1 [Acessado 7 Agosto 2019], pp. 155-170. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902017165827>>. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017165827>.
20. Dimenstein, Magda et. al. (2018) A saúde mental e atenção psicossocial: regionalização e gestão do cuidado integral no SUS. *Salud & Sociedad*, ISSN-e 0718-7475, 9 (1). 70-85. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6755334> Acesso em: 08.08.2019
21. Giovanella, Ligia et al. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 26, suppl 1, pp. 2543-2556. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.43952020>.
22. Treichel, C.A. dos Santos, Bakolis, I. & Onocko-Campos, R.T. Primary care registration of the mental health needs of patients treated at outpatient specialized services: results from a medium-sized city in Brazil. *BMC Health Serv Res* 21, 1095 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07127-3>
23. Salgado, Manoela Alves e Fortes, Sandra Lucia Correia Lima. Indicadores de saúde mental na atenção primária à saúde: avaliando a qualidade do acesso através da capacidade de detecção de casos. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2021, v. 37, n. 9, e00178520. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00178520>.
24. Alcântara, Karyna Duarte et al. Contribuições de Agentes Comunitários de Saúde para a construção do perfil de usuários da Atenção Básica com necessidades de saúde mental. *Cadernos Saúde Coletiva* [online]. 2020, v. 28, n. 4, pp. 599-608. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028040014>.
25. Melo, Eduardo Alves et al. A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. 2021, v. 31, n. 01, e310109. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310109>.
26. Costa, Pedro Henrique Antunes da, Colugnati, Fernando Antonio Basile e Ronzani, Telmo Mota. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2015, v. 20, n. 10, pp. 3243-3253. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.14612014> .

27. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde debate [Internet]*. 2018 Sep; 42 (Saúde debate, 2018 42(spe1)). Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>
28. Kovacs R, Maia Barreto JO, da Silva EN, et al. Socioeconomic inequalities in the quality of primary care under Brazil's national pay-for-performance programme: a longitudinal study of family health teams. *Lancet Glob Health* 2021;9:e331-e9.
29. Chaves, Lenir Aparecida et al. Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. *Cadernos de Saúde Pública [online]*. 2018, v. 34, n. 2, e00201515. <https://doi.org/10.1590/0102-311X0020151>
30. Rodrigues, André Wagner Dantas et al. Pagamento por desempenho às Equipes da Atenção Básica: análise a partir dos ciclos do PMAQ-AB. *Saúde em Debate [online]*. 2021, v. 45, n. 131, pp. 1060-1074. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113109>.
31. Kondo K, Damberg C, Mendelson A, et ai. Compreendendo os Fatores de Intervenção e Implementação Associados aos Benefícios e Danos de Remuneração por Programas de Desempenho em Saúde [Internet]. Washington (DC): Departamento de Assuntos de Veteranos (EUA); 2015 maio. FUNDO. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK355535/>
32. Coleman, K., & Hamblin, R. (2007). Can pay-for-performance improve quality and reduce health disparities?. *PLoS medicine*, 4(6), e216. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040216>
33. Sura, A., & Shah, N. R. (2010). Pay-for-Performance Initiatives: Modest Benefits for Improving Healthcare Quality. *American health & drug benefits*, 3(2), 135–142.
34. Anselmi, L., Borghi, J., Brown, G. W., Fichera, E., Hanson, K., Kadungure, A., Kovacs, R., Kristensen, S. R., Singh, N. S., & Sutton, M. (2020). Pay for Performance: A Reflection on How a Global Perspective Could Enhance Policy and Research. *International journal of health policy and management*, 9(9), 365–369. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2020.23>
35. Fardousi N, Nunes da Silva E, Kovacs R, Borghi J, Barreto JOM, et al. (2022) Performance bonuses and the quality of primary health care delivered by family health teams in Brazil: A difference-in-differences analysis. *PLoS Medicine* 19(7): e1004033. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004033>
36. Feng Y, Kristensen SR, Lorgelly P, Meacock R, Sanchez MR, Siciliani L, Sutton M. Pay for performance for specialised care in England: Strengths and weaknesses. *Health Policy*. 2019 Nov;123(11):1036-1041. doi: 10.1016/j.healthpol.2019.07.007. Epub 2019 Jul 17.
37. Diaconu K, Falconer J, Verbel A, Fretheim A, Witter S. Paying for performance to improve the delivery of health interventions in low- and middle-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2021, Issue 5. Art. No.: CD007899. DOI: 10.1002/14651858.CD007899.pub3.
38. Thumé E, de Oliveira CM. The challenges of payment for performance under Brazil's PMAQ. *Lancet Glob Health*. 2021 Mar; 9(3):e233-e234. doi: 10.1016/S2214-109X(21)00038-3..

39. Pupo, Ligia Rivero et al. Saúde mental na Atenção Básica: identificação e organização do cuidado no estado de São Paulo. *Saúde em Debate [online]*. v. 44, spe 3, pp. 107-127.. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E311>.
40. Onocko-Campos, Rosana Teresa. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cadernos de Saúde Pública [online]*. 2019, v. 35, n. 11, e00156119. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00156119>.
41. Von Elm, E.; Altman, D.G.; Egger, M.; Pocock, S.J.; Gøtzsche, P.C.; Vandenbroucke, J.P.; Initiative, S. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: Guidelines for reporting observational studies. *Clin. Epidemiol.* 2008, 61, 344–349. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2007.11.008>.
42. IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas da população residente no Brasil e Unidades da Federação com data de referência em 1º de julho de 2021. <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados>
43. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. 2ª lista de certificação, Portaria MS Nº 874, de 10 de maio de 2019. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/certificacao_por_equipe3ciclo.xlsx
44. Russo LX, Powell-Jackson T, Maia Barreto JO, et al. Pay for performance in primary care: the contribution of the Programme for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ) on avoidable hospitalisations in Brazil, 2009–2018. *BMJ Global Health* 2021;6:e005429.
45. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Microdados da Avaliação Externa, 2018. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/>
46. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2013 Available: http://atlasbrasil.org.br/2013/data/rawData/atlas2013_dadosbrutos_pt.xlsx
47. Lima, Juliana Gagno et al. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. *Saúde em Debate [online]*. 2018, v. 42, n. spe1, pp. 52-66. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S104>.

ANEXOS

ANEXO 1: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONTEXTO SOCIOECONÔMICO E TRANSTORNOS MENTAIS NO BRASIL: A AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

Pesquisador: Valdeir Carneiro da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 03838418.4.0000.5182

Instituição Proponente: Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.080.271

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo ecológico para analisar com base na avaliação externa do PMAQ-AB, a influência do contexto socioeconômico no desempenho dos municípios brasileiros, relacionado ao cuidado prestado aos usuários com transtornos mentais na atenção primária à saúde. A estratificação da amostra incluiu: no primeiro ciclo 17.482 (54,1%)

Equipes de Atenção Básica (EAB) contratualizadas, distribuídas em 13.973 Unidades Básicas de Saúde (UBS) certificadas, dos 3.935 (71,3%) do total dos municípios constituída por 17.202 EAB certificadas; no segundo ciclo 30.562 (54,5%) EAB e 1.813 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), distribuídas em 24.055 UBS dos 5.211 (93,5%) do total dos municípios com população constituída por 29.808 EAB certificadas; e no terceiro ciclo 38.863 (97,8%) EAB contratualizadas e 4.110 NASF, distribuídas em dos 5.324 (95,6%) dos municípios. Para análise, utilizar-se-á banco de dados secundários e de domínio público, referentes à: Microdados da Avaliação Externa do 2º ciclo do PMAQ-AB; Sistema de Informação em Saúde do SUS; e Atlas do Desenvolvimento Humano. A produção de evidências subsidiará a avaliação do ponto de atenção primária da Rede de Atenção Psicossocial.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: Rua Dr. Carlos Chagas, s/n
Bairro: São José CEP: 58.107-670
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-6846 Fax: (83)2101-6823 E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 3.080.371

Analisar, com base na avaliação externa do PMAQ-AB, a influência do contexto socioeconômico no desempenho dos municípios brasileiros, relacionado ao cuidado prestado aos usuários com transtornos mentais na atenção primária à saúde.

Objetivo Secundário:

1. Descrever as características dos profissionais da APS atuantes em equipes que prestam cuidado aos usuários com transtornos mentais nos municípios brasileiros;
2. Verificar a relação entre o cuidado prestado aos usuários com transtorno mental na Atenção Primária e os indicadores de monitoramento e avaliação do PMAQ-AB para saúde mental nos municípios brasileiros;
3. Verificar a associação entre os indicadores de monitoramento e avaliação do PMAQ-AB para saúde mental e o contexto socioeconômico dos municípios brasileiros

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Por tratar-se de pesquisa com dados secundários por meio da análise de banco de dados de domínio público; e Sistemas de Informações em Saúde de acesso aberto disponibilizado pelo DATASUS na rede mundial de computadores, não há risco evidente.

Benefícios:

Benefícios:

Os benefícios deste estudo por meio de banco de dados e sistemas de informações em saúde podem servir para subsidiar análises objetivas da situação sanitária, tomadas de decisão baseadas em evidências e avaliação de estrutura, processos e resultados de programas de ações de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa denota relevância científica por propor apresentar o contexto e a realidade da efetividade da atenção primária aos transtornos mentais, principalmente, nas capitais e nos municípios de grande porte, onde se concentram maior quantidade de equipamentos sociais, oferta e execução de ações da Rede de Atenção Psicossocial que necessitam de integração com o ponto de atenção na Atenção Básica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram anexados:

1. Projeto completo
2. Folha de rosto
3. Cronograma

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n
Bairro: São José CEP: 50.101-670
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-6846 Fax: (83)2101-6823 E-mail: cep@huar.ufcg.edu.br

**UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE**



Continuação do Parecer: 3.085.371

4. Orçamento
5. Termo de compromisso dos pesquisadores
6. Termo de divulgação
7. Termo de ausência institucional
8. Instrumento de coleta de dados
9. Dispensa do TCLE

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existe Inadequações éticas para o início da pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1259285.pdf	22/11/2018 23:35:07		Aceito
Cronograma	Crono_grama.pdf	22/11/2018 23:16:28	Valdeir Carneiro da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	22/11/2018 22:55:32	Valdeir Carneiro da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Justificativa_de_Dispensa_de_TCLE.pdf	22/11/2018 22:51:14	Valdeir Carneiro da Silva	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	22/11/2018 22:44:16	Valdeir Carneiro da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n
Bairro: São José CEP: 58.101-670
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 Fax: (83)2101-5523 E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer 3.086.271

CAMPINA GRANDE, 13 de Dezembro de 2018

Assinado por:
Andréia Oliveira Barros Sousa
(Coordenador(a))

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n
Bairro: São José CEP: 58.107-670
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (33)2101-8548 Fax: (33)2101-8523 E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

ANEXO 2: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

UFRN - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ONOFRE
LOPES DA UNIVERSIDADE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONTEXTO SOCIOECONÔMICO E TRANSTORNOS MENTAIS NO BRASIL: A AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA.

Pesquisador: Valdeir Carneiro da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 03838418.4.3001.5292

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.127.234

Apresentação do Projeto:

Pretende-se um desenho de estudo de ecológico para analisar com base na avaliação externa do PMAQ-AB, a influência do contexto socioeconômico no desempenho dos municípios brasileiros, relacionado ao cuidado prestado aos usuários com transtornos mentais na atenção primária à saúde. A estratificação da amostra incluiu no segundo ciclo: 30.562 (84,5%) EAB e 1.813 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), distribuídas em 34.055 UBS dos 5.211 (93,5%) do total dos municípios com população constituída por 29.808 EAB certificadas. Para análise, utilizar-se-á banco de dados secundários e de domínio público, referentes à: Microdados da Avaliação Externa do 2º ciclo do PMAQ-AB; Sistema de Informação em Saúde do SUS; e Atlas do Desenvolvimento Humano. A produção de evidências subsidiará a avaliação do ponto de atenção primária da Rede de Atenção Psicossocial.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliação do programa institucional de qualidade em sistema de informação de dados públicos .

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não se aplica.

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado
Bairro: Petrópolis CEP: 59.012-300
UF: RN Município: NATAL
Telefone: (84)3342-5023 Fax: (84)3202-3941 E-mail: cep_huci@yahoo.com.br

UFRN - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ONOFRE
LOPES DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 3.127.234

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa em sistema de dados sem identificar as pessoas em dados públicos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo com a resolução 510.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pesquisa de mestrado sem dilemas éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	22/11/2018 22:55:32	Valdeir Carneiro da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Justificativa_de_Dispensa_de_TCLE.pdf	22/11/2018 22:51:14	Valdeir Carneiro da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

NATAL, 31 de Janeiro de 2019

Assinado por:
Jose diniz junior
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 520 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado
Bairro: Petrópolis CEP: 59.012-300
UF: RN Município: NATAL
Telefones: (84)3342-6003 Fax: (84)3202-3941 E-mail: cep_huoi@yahoo.com.br

Anexo 3: Certificado de publicação do segundo artigo