

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

**Fundação Oswaldo Cruz**

Maximilo de Oliveira Ribeiro

**Monitoramento do atendimento em saúde mental na estratégia saúde da família:** estudo de caso em município de pequeno porte do Ceará

Eusébio

2021

Maximilo de Oliveira Ribeiro

**Monitoramento do atendimento em saúde mental na estratégia saúde da família: estudo de caso em município de pequeno porte do Ceará**

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE e apresentada ao Programa de Pós-graduação em Rede Saúde da Família, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

Linha de Pesquisa: Informação e saúde.

Orientador: Prof. Dr. Maximiliano Loiola Ponte de Souza.

Eusébio

2021

Título do trabalho em inglês: Mental health care monitoring in the strategy of Saúde da Família program: a study case in a small town in the state of Ceará.

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

R484m      Ribeiro, Maximilo de Oliveira.  
                Monitoramento do atendimento em saúde mental na estratégia  
                saúde da família: estudo de caso em município de pequeno porte do  
                Ceará / Maximilo de Oliveira Ribeiro. -- 2021.  
                69 f. : il. color. ; tab.

                Orientador: Maximiliano Loiola Ponte de Souza.  
                Dissertação (Mestrado em Saúde da Família – PROFSAÚDE) –  
                Fundação Oswaldo Cruz, Eusébio, CE, 2021.

                1. Atenção Primária à Saúde. 2. Saúde Mental. 3. Sistemas de  
                Informação em Saúde. 4. Avaliação em Saúde. 5. Estudos  
                Transversais. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.2

Maximilo de Oliveira Ribeiro

**Monitoramento do atendimento em saúde mental na estratégia saúde da família: estudo de caso em município de pequeno porte do Ceará**

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE e apresentada ao Programa de Pós-graduação em Rede Saúde da Família, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

Aprovada em: 26 de maio de 2021.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Sharmênia de Araújo Soares Nuto  
Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

Profa. Dra. Sandra Lucia Correia Lima Fortes  
Faculdade de Ciências Médicas/UERJ

Prof. Dr. Maximiliano Loiola Ponte de Souza (Orientador)  
Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

Eusébio

2021

À Thais e Maitê, minha esposa e minha filha,  
por todo amor, apoio e por compreenderem  
minhas ausências.

Aos meus pais, Lucia e Xavier, pela vida,  
educação e inspiração.

Aos meus pacientes, por motivarem meus  
estudos e minha realização profissional.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu orientador, Prof. Dr. Maximiliano Loiola Ponte de Souza, por todo ensinamento durante o mestrado e compreensão nos momentos mais difíceis.

À Dra. Sharmênia de Araújo Soares Nuto e à Dra. Sandra Lucia Correia Lima Fortes, por todas as contribuições na realização deste trabalho.

À coordenação e aos docentes do Mestrado Profissional em Saúde da Família, em especial à Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto, por realizarem um curso de alta qualidade e por todo apoio e estímulo.

Aos colegas de mestrado, que dividiram os momentos de angústia e alegria durante esses dois anos.

À Prefeitura Municipal de Quixeré, pela liberação para participar do mestrado.

Ao secretário de saúde de Quixeré, João Urânio Nogueira Ferreira, e à coordenadora de atenção básica, Talyta Alves Chaves Lima, pelo suporte durante o mestrado.

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a potencialidade do sistema de informação e-SUS APS como ferramenta para monitorar o atendimento da demanda de saúde mental na atenção primária à saúde (APS), tendo como foco de avaliação um município de pequeno porte. **Métodos:** Estudo transversal, com dados secundários do e-SUS APS, realizado em Quixeré, Ceará, no segundo semestre de 2019. A magnitude da ocorrência de registro foi avaliada mediante indicadores desenvolvidos para esse fim, sendo calculado intervalo de 95% de confiança (IC95%). Pesquisa desenvolvida no Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE). **Resultados:** O indicador Razão de Atendimento em Saúde Mental (RASM) do município foi de 7,9% (7,5-8,3), sendo que os médicos registraram cerca de 2,5 vezes mais que os enfermeiros. O indicador Razão de Diagnóstico em Saúde Mental (RDSM) encontrado foi de 27,4% (25,1-29,7), ou seja, 1/3 dos atendimentos receberam algum registro diagnóstico. O perfil dos diagnósticos mais frequentes englobou os transtornos ansiosos (39,7%), os transtornos de humor (22,4%) e quadros sintomáticos relacionados à saúde mental (19,1%). Ocorreram importantes diferenças nos resultados por equipe e por profissional. **Conclusão:** O monitoramento dos dados registrados no e-SUS APS pode fornecer informações para a construção de indicadores em saúde mental e, a partir deles, possibilitar uma melhor gestão do cuidado em saúde mental na APS.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Saúde mental. Sistemas de Informação em Saúde.

## ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the potential of the e-SUS APS information system as a tool to monitor the assistance of the mental health demand in primary health care (PHC), with evaluation focus covering a small municipality. **Methods:** Cross-sectional study with secondary data from e-SUS APS, conducted in Quixeré/CE, during the second half of 2019. The magnitude of registration occurrences was evaluated using indicators developed for this purpose, from which we calculated a 95% confidence interval (CI95%). Research developed in the Professional Master's Degree in Family Health (PROFSAÚDE). **Results:** The indicator for Mental Health Care Ratio (Razão de Atendimento em Saúde Mental, RASM) in the municipality was 7.9% (7.5-8.3), with physicians registering nearly 2.5 times more than nurses. The Mental Health Diagnostic Reason (Razão de Diagnóstico em Saúde Mental, RDSM) indicator found was 27.4% (25.1-29.7), i.e., 1/3 of the visits received some diagnostic record. The profile of the most frequent diagnoses was anxiety disorders (39.7%), mood disorders (22.4%) and symptomatic conditions related to mental health (19.1%). Important differences in the results were seen per team and per professional. **Conclusion:** Monitoring the data registered in the e-SUS APS can provide information for the construction of mental health indicators and, from them, enable better management of mental health care in PHC.

**Keywords:** Primary Health Care. Mental Health. Health Information Systems.



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Frequência absoluta, relativa e intervalo de confiança dos atendimentos geral e saúde mental e diagnóstico em saúde mental da Estratégia Saúde da Família. Quixeré - Ceará, segundo semestre de 2019.....	43
Tabela 2 –	Frequência relativa e intervalo de confiança dos diagnósticos em saúde mental registrados pelos médicos e enfermeiros. Quixeré - Ceará, segundo semestre de 2019.....	44
Tabela 3 –	Indicadores de atendimento e diagnóstico de transtorno mental das equipes da Estratégia de Saúde da Família. Quixeré - Ceará, segundo semestre de 2019.....	45

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CDS	Coleta de Dados Simplificada
CIAP	Classificação Internacional da Atenção Primária
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RASM	Razão de Atendimentos em Saúde Mental
RDSM	Razão de Diagnóstico em Saúde Mental
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIM	Sistema de Informação Sobre Mortalidade
SIPACS	Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde
SISAB	Sistema de Informação em Saúde Para a Atenção Básica
SM	Saúde Mental
SUS	Sistema Único de Saúde
TM	Transtorno Mental
TMC	Transtorno Mental Comum
UBS	Unidades Básicas de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	13
2.1 SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA.....	13
2.2 AVALIAÇÃO EM SAÚDE .....	14
2.3 SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL.....	15
<b>3 OBJETIVO</b> .....	19
3.1 OBJETIVO GERAL.....	19
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	19
<b>4 MÉTODO</b> .....	20
4.1 CONTEXTO DA PESQUISA.....	20
4.2 DESENHO DO ESTUDO .....	20
4.3 FONTE DE DADOS .....	21
4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	21
4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO .....	21
4.6 VARIÁVEIS UTILIZADAS .....	21
4.7 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE .....	22
4.8 ASPECTOS ÉTICOS .....	22
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	24
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	46
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	49
<b>ANEXO A – Carta de Anuência</b> .....	53
<b>ANEXO B – Ficha de Atendimento Individual do e-SUS APS</b> .....	54
<b>ANEXO C – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa</b> .....	56
<b>ANEXO D – Norma do Periódico</b> .....	63

## 1 INTRODUÇÃO

Cerca de 80% das pessoas que necessitam de atendimento em saúde mental, em países de baixa e média renda, não o obtêm; e, mesmo quando são assistidas, as intervenções não são, em geral, de boa qualidade ou pautadas em critérios e evidências científicas. Há atualmente um consenso internacional de que a problemática da saúde mental no mundo é cada vez mais relevante (WHO, 2010).

As pesquisas focadas na temática da saúde mental global demonstram que um dos principais alvos de investigação é o chamado “gap” ou hiato terapêutico (KOHN et al., 2004), sendo detectado que uma considerável parcela das pessoas com adoecimento mental não recebe tratamento adequado ou nem mesmo é diagnosticada. Muitos transtornos mentais já contam com tratamentos efetivos, porém existe uma importante dificuldade de acesso a eles. A média global de pacientes sem tratamento para a esquizofrenia e depressão é alta, estimada, respectivamente, em 32,2% e 56,3% (WHO, 2010; KOHN et al., 2004).

No Brasil, os estudos sobre a prevalência de transtornos mentais na população apontam taxas que variam entre 20% a 56% (SANTOS; SIQUEIRA, 2010). Os transtornos ansiosos e a depressão são as principais causas de adoecimento mental no país, afetando 9,3% e 5,8% da população (WHO, 2017).

A demanda de saúde mental está presente nos diversos atendimentos que chegam à atenção primária à saúde (APS), de modo que cerca da metade dos atendimentos são de pacientes com transtornos somatoformes, de ansiedade ou de depressão, os denominados transtornos mentais comuns (TMC) (FORTES; VILLANO; LOPES, 2008).

No âmbito da APS, a estratégia saúde da família (ESF) foi criada para mudar o antigo modelo assistencial em saúde, caracterizado por oferecer atenção individualista, curativa, medicalizante, centrada no médico e pouco resolutiva, priorizando ações de prevenção e promoção à saúde, bem como serviços mais próximos da comunidade (DIMENSTEIN et al., 2005).

A ESF é responsável pelo primeiro contato dos pacientes com o sistema de saúde, incluindo daqueles que precisam de cuidado em saúde mental. Dessa maneira, é comum que o profissional de saúde atenda frequentemente pacientes em situações de sofrimento psíquico (BRASIL, 2013).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008 apud WENCESLAU; ORTEGA, 2015), há sete principais razões para a integração da saúde mental à APS:

- (1) a elevada carga de doença dos transtornos mentais;
- (2) a conexão entre problemas de saúde física e mental;
- (3) o enorme gap terapêutico dos

transtornos mentais. Além disso, a atenção básica, em especial, oferece para a saúde mental: (4) aumento do acesso, (5) promoção dos direitos humanos neste campo; (6) disponibilidade e custo-efetividade, e (7) bons resultados clínicos (WENCESLAU; ORTEGA, 2015, p. 1123).

Atualmente, trabalho no município de Quixeré, localizado a 200 km de Fortaleza, Ceará, com cerca de 21 mil habitantes e com rede de saúde formada por nove equipes de saúde da família (eSF). Trabalhei durante dois anos (2013 e 2014) em uma das equipes da zona rural e fiquei afastado por três anos para a especialização em psiquiatria. Em 2017, retornei à cidade para organizar um ambulatório de saúde mental, atuando como psiquiatra até então.

Conhecendo as duas realidades de atendimento, ou seja, na atenção básica e na atenção secundária como psiquiatra, tive a oportunidade de perceber como estava o cuidado em saúde mental no município. Havia uma alta demanda por atendimento especializado e um claro hiato terapêutico, pois muitos pacientes já eram acompanhados na atenção básica e não recebiam tratamento para o seu adoecimento mental, ou era realizado de forma pouco efetiva.

Há muita dificuldade em monitorar os atendimentos de saúde mental realizados pelas eSF, visto que não há informações claras sobre a prevalência de pacientes com transtornos mentais em acompanhamento ou quais são os diagnósticos realizados. Quando analisamos os dados gerados pelos sistemas de informação, por exemplo, são poucos os itens sobre saúde mental que precisam ser registrados e não há indicadores suficientes relacionados ao atendimento dessa demanda.

A informação em saúde “é fundamental para a alimentação de processos racionais e contínuos que favorecem à tomada de decisão e conduzem ao desenvolvimento de ações e atividades capazes de impactar a situação de saúde” (CARVALHO, 2009, p. 5). O registro da informação é a etapa primordial para a produção de dados e indicadores em saúde, de modo que esta pode ser prejudicada caso o sistema de informação não ofereça um completo registro dos atendimentos ou os profissionais não o utilizem corretamente.

Desde 2013, o Ministério da Saúde (MS) vem implantando o novo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), por meio da estratégia “e-SUS AB”, posteriormente mudado para e-SUS APS. Ainda há poucos estudos sobre o impacto dessas mudanças nos sistemas de informação brasileiros, com a transição do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) para o e-SUS APS. Além disso, é importante avaliar como ocorre o registro dos atendimentos em saúde mental, entender como o sistema funciona, quais informações são geradas e quais indicadores em saúde mental podem ser desenvolvidos.

Dessa maneira, este estudo foi realizado a partir de vários questionamentos importantes: Os profissionais médicos e enfermeiros da APS conseguem detectar a presença de

adoecimento mental nos pacientes atendidos? Os profissionais conseguem realizar algum diagnóstico inicial em saúde mental? Qual é o perfil dos atendimentos em saúde mental na APS? Existem variações entre os atendimentos dos diferentes profissionais e eSF? O e-SUS APS pode ser uma ferramenta eficaz para monitorar o atendimento de saúde mental?

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para uma melhor compreensão dos problemas a serem investigados e visando apresentar alguns conceitos, certos tópicos serão aprofundados e servirão de base para qualificar esta proposta de estudo.

### 2.1 SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

A partir da década de 70, o Brasil passou por mobilizações sociais que lutaram pela redemocratização do país, a Reforma Sanitária levou à construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e, no campo da saúde mental, trabalhadores contestaram o modelo de atenção psiquiátrica vigente (AMARANTE, 1995).

O movimento da Reforma Sanitária lutava pela ampliação de novos modos de atenção à saúde. Da mesma maneira, a Reforma Psiquiátrica buscava a substituição do modelo de atendimento hospitalar, que afastava o doente do seu meio social, para o trabalho desinstitucionalizante e territorial (DIMENSTEIN et al., 2005).

Com a implantação do SUS, a APS passou a ocupar um lugar estratégico para produzir novas práticas, de modo que se tornou essencial o atendimento das demandas de saúde do território, como os casos que apresentam sofrimento psíquico e que precisam ser acompanhados regularmente (BRASIL, 2013).

O atendimento na atenção básica envolve diversas situações complexas, os profissionais necessitam de qualificação para acolher todos os casos, particularmente os de alto risco psicossocial. Nesse sentido, como porta de entrada, a APS precisa estar organizada de modo a atender casos mais simples e todos os que exigem tratamento ao longo da vida (CARVALHO, 2014).

Conforme a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, é preciso priorizar a construção de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) voltada para o cuidado integral do usuário e seus familiares, centrada no território. A APS é um componente importante para a criação e estabelecimento da RAPS, uma vez que o sofrimento mental impacta a vida das pessoas, estando presente em todas as comunidades (BRASIL, 2011).

Nas últimas décadas, a RAPS vem sendo ampliada com a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), equipamento substitutivo ao modelo manicomial, e o fortalecimento do cuidado em saúde mental (SM) na APS. No entanto, não se trata de organizar e inserir os dispositivos que compõem a rede em um sistema de referência e contrarreferência. Estando em acompanhamento no CAPS, por exemplo, o sujeito segue vinculado a um território sobre o qual se supõe adscrito e com cobertura de uma eSF; logo, demandando ter participação

simultânea nas ações de atenção à saúde realizadas na APS (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003).

O MS, desde 2002, realiza o monitoramento das eSF quanto às questões de saúde mental. Em 2008, foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), tendo como meta principal a melhoria da assistência da APS e priorizando o atendimento interdisciplinar e compartilhado, incluindo ações conjuntas com a área de saúde mental, pois cada NASF deveria contar com um profissional especializado na área (BRASIL, 2014).

A atenção básica deveria assumir a coordenação entre os equipamentos da RAPS, pois é um local estratégico para o conhecimento das condições de saúde da população. Deixando também de ser coadjuvante na atenção à SM, orientando o trabalho do CAPS. Constatar e reconhecer essa premissa precisa resultar em um fortalecimento do papel da ESF, atribuindo-lhe uma responsabilidade maior na orientação das ações de saúde mental da população assistida (MORAES, 2017).

Neste estudo, correlacionamos a atenção primária com a saúde mental, a partir da avaliação dos atendimentos registrados pelos profissionais no e-SUS APS. As ações realizadas na APS dependem de um contínuo ato de avaliação em saúde, e os dados registrados no sistema de informação podem oferecer a possibilidade da construção de diferentes indicadores de monitoramento. A avaliação possibilita o planejamento em saúde, etapa necessária para otimizar os processos de trabalho e qualificar o atendimento à população.

## 2.2 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

A avaliação na área da saúde surgiu a partir dos campos de estudos da Epidemiologia e da Estatística, com o objetivo de analisar a utilidade das intervenções. Com o tempo, as Ciências Sociais e outras áreas passaram a influenciar o seu desenvolvimento (HARTZ, 2009).

No decorrer das pesquisas sobre avaliação em saúde, o médico Avendis Donabedian foi destaque como um importante teórico desse campo de estudo. Seu modelo conceitual era focado na premissa de que as informações sobre a qualidade dos cuidados em saúde poderiam ser firmadas no estudo de três aspectos: estrutura, processo e resultados. Esse modelo é criticado por ser rígido e não avaliar outros componentes que impactariam nos resultados, como é o caso do aspecto político (CRUZ, 2015).

Na evolução histórica dos estudos sobre a avaliação e sua organização em diferentes fases, é possível, do ponto de vista conceitual, entender que não existe consenso sobre o tema. Sendo assim, embora dilemas e controvérsias estejam presentes, há o entendimento de que toda



avaliação implica no julgamento de valor embasado em critérios preestabelecidos (CRUZ, 2015).

No Brasil, as pesquisas sobre avaliação em saúde foram iniciadas a partir da década de 1980, em meio acadêmico, com a avaliação dos serviços, e passando para a iniciativa do Estado com as chamadas políticas racionalizadoras. O investimento em avaliação gerou a formulação dos primeiros indicadores em saúde e a organização de sistemas de informação (PAIM, 2008).

A avaliação permite aos profissionais dos serviços de saúde monitorarem o seu próprio trabalho; além disso, sendo realizado regularmente e em equipe, assume um importante papel para a informação em saúde (CAMARGO JR; COELI; MORENO, 2007). Nota-se também que ela se apresenta como um instrumento de suporte à gestão para melhorar a qualidade da tomada de decisão, considerando as necessidades da população e as metas definidas para os serviços (TANAKA; TAMAKI, 2012).

A evolução da avaliação em saúde no Brasil segue a passos lentos e seu uso é incipiente e pouco efetivo, sendo ainda realizado de maneira prescritiva, burocrática e punitiva (BRASIL, 2005).

No Brasil, o movimento de constituição de uma política de avaliação articulada à gestão é muito recente, com diretrizes que acabaram por reforçar abordagens fragmentárias e conservadoras, com a dissociação dos processos avaliativos já em curso – tendência inversa da adotada pelos países desenvolvidos (CRUZ, 2015, p. 298).

Esta pesquisa pretendeu estudar a produção de informação, etapa inicial para a avaliação em saúde, a partir da análise dos dados oriundos do sistema de informação e-SUS APS, focando no atendimento da demanda de saúde mental.

### 2.3 SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL

A partir da criação do SUS, foi necessário o desenvolvimento do Sistema de Informação em Saúde (SIS) para acompanhar as ações realizadas, possibilitando a avaliação das condições de saúde da população e os resultados das possíveis intervenções (SILVA; LAPREGA, 2005).

O desenvolvimento do SIS ganhou maior destaque nos últimos 30 anos, porém desde 1975, com o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), o país já vem acumulando informações em saúde. Os dados que alimentam o SIS apresentam a vantagem da ampla cobertura populacional, são de baixo custo e facilitam o seguimento longitudinal, porém há a

desvantagem da falta de padronização na coleta, o que afeta a qualidade da informação obtida (CAMARGO JR; COELI; MORENO, 2007).

A evolução histórica dos processos de avaliação e monitoramento do SUS passaram por algumas regulamentações importantes, como a aprovação do Manual para a Organização da Atenção Básica (Portaria GM/MS n.º 3.925, de 1998), definindo indicadores de acompanhamento da APS. O “Pacto de Indicadores de Saúde da Atenção Básica” definiu as metas a serem alcançadas entre os gestores das três esferas de governo (BRASIL, 2003a)

O primeiro SIS da APS foi o Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SIPACS), em que os dados das visitas domiciliares dos agentes eram registrados para informar as condições de saúde da comunidade. Em 1998, foi criado o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), com a finalidade de organizar as informações advindas da ESF, incorporando o SIPACS (BRASIL, 1998).

O SIAB foi desenvolvido para ampliar o conhecimento acerca das condições de saúde da comunidade adscrita à eSF, sendo uma fonte de dados para a avaliação e planejamento das ações no território, constituindo ainda um banco de dados para a pesquisa e estudo da ESF (BRASIL, 2012; SILVA; LAPREGA, 2005).

Em 2006, na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), não foi apresentada nenhuma proposta de ações ou indicadores de saúde mental na ESF. Contudo, desde 2003, já vinha sendo discutida entre a Coordenação Geral de Saúde Mental e a Coordenação de Gestão da Atenção Básica do MS uma proposta de revisão do SIAB, gerando o documento intitulado “Saúde Mental na Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários”, porém sem repercutir em mudanças reais (TANAKA; RIBEIRO, 2009).

Nesse documento de 2003, algumas propostas estavam sendo discutidas para incorporar ao SIAB o registro das informações dos atendimentos em saúde mental da ESF, com a criação de alguns indicadores específicos.

Indicadores: 1) percentual de pessoas acompanhadas pela rede básica com problemas de uso prejudicial de álcool, por faixa etária e sexo; 2) percentual de pessoas com problemas de uso prejudicial de outras drogas, acompanhadas na rede básica, por faixa etária e sexo; 3) número de pessoas identificadas com transtornos psiquiátricos graves (severos), por faixa etária e sexo; 4) percentual de pessoas com transtorno mental egressas de internação psiquiátrica acompanhadas pela rede básica, por faixa etária e sexo; 5) prevalência de transtorno convulsivo (epilepsia), por sexo e faixa etária. Outros indicadores sugeridos: 6) número de pessoas que utilizam benzodiazepínicos atendidas pela rede básica, por faixa etária e sexo; 7) percentual de pessoas com tentativa de suicídio acompanhadas pela rede básica, por faixa etária e sexo (por população) (BRASIL, 2003b, p. 7).

Em 2011, o MS criou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), o qual tinha o objetivo de incentivar os gestores e as eSF a melhorarem a qualidade dos serviços de saúde ofertados. As eSF seriam avaliadas a partir de vários parâmetros e indicadores desenvolvidos para esse fim; quanto melhores os resultados, maiores as verbas repassadas ao município. Os indicadores foram divididos em monitoramento e desempenho, sendo o último o único pontuado para bônus financeiro. Na área de saúde mental foram definidos quatro indicadores de monitoramento:

- 1) Proporção de atendimentos de Saúde Mental exceto usuários de álcool e outras drogas. Conceito: percentual de atendimentos em Saúde Mental realizados por médico e enfermeiro, exceto por usuários de álcool e drogas, em relação total de atendimentos;
- 2) Proporção de atendimento de usuário de álcool. Conceito: percentual de atendimentos de usuários de álcool sobre total de atendimentos realizados por médico e enfermeiro;
- 3) Proporção de atendimentos de usuários de drogas. Conceito: percentual de atendimentos de usuários de drogas em relação a todos os atendimentos realizados pelo médico e enfermeiro;
- 4) Taxa de prevalência de alcoolismo. Conceito: proporção de pessoas dependentes de álcool na população cadastrada com 15 anos ou mais (BRASIL, 2017, p. 67-73).

Os indicadores gerados a partir do SIAB são insuficientes para uma avaliação mais qualificada do atendimento de saúde mental na ESF, o PMAQ-AB manteve a avaliação da saúde mental em segundo plano, pois os indicadores escolhidos foram colocados como de monitoramento, sendo pouco cobrado pela gestão das eSF.

A partir de 2013, o MS vem substituindo o SIAB para um novo sistema, o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), sendo adotado de forma gradativa em todo o país. A essa reestruturação deu-se o nome de estratégia “e-SUS AB”, tendo como objetivo otimizar o registro e o acesso das informações produzidas pelas eSF, modernizando o processo com foco na informatização e em busca de um SUS eletrônico (e-SUS). Para atender aos diferentes cenários de informação e conectividade nos serviços de saúde, o sistema conta com dois softwares: Coleta de Dados Simplificada (CDS) e Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) (BRASIL, 2014).

e-SUS AB PEC (Prontuário Eletrônico do Cidadão): Sistema de gestão para as UBS informatizadas. Esse software usa um Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) como principal ferramenta para estruturar o trabalho dos profissionais de saúde; ele auxilia todo fluxo de trabalho. e-SUS AB CDS (Coleta de Dados Simplificada): Sistema com coleta simplificada estruturada por fichas em suporte papel que possibilitam o resumo do atendimento pelo profissional ao cidadão; esse sistema atende bem às UBS que não estão informatizadas, ou sem conexão de internet. Apesar do registro ser por fichas, essas informações são integradas ao sistema com o PEC centralizador, o registro vai para o histórico de atendimento do cidadão e quando a UBS for

informatizada, esse histórico estará disponível no PEC (SOARES, 2016, p. 26-27).

As mudanças com o e-SUS AB ainda estão em processo de implantação e consolidação junto às eSF e a coleta das informações segue sem um padrão de registro nos diversos cenários de informatização e conectividade, o que fragiliza a utilização dos dados para a avaliação e planejamento em saúde. Além disso, não houve até então mudanças nos indicadores da APS quanto ao atendimento em saúde mental; dessa maneira, o registro continua precário e os dados produzidos distantes da realidade (MORAES, 2017).

Neste estudo, debruçamo-nos a respeito do e-SUS APS, com foco na temática da saúde mental, na busca de suas potencialidades e fragilidades enquanto uma ferramenta de monitoramento do atendimento da demanda de saúde mental nas eSF.

### **3 OBJETIVO**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Avaliar o uso do e-SUS APS, por médicos e enfermeiros, para monitorar o atendimento de pacientes com demandas na área de saúde mental, no município de Quixeré, Ceará, em suas diferentes equipes de saúde da família.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Estimar o percentual de registros de atendimentos;
- Analisar a completude de registros de diagnósticos específicos;
- Caracterizar o perfil de diagnósticos de transtornos mentais.

## 4 MÉTODO

### 4.1 CONTEXTO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no município de Quixeré, Ceará, 5<sup>a</sup> macrorregião Litoral Leste/ Jaguaribe, cuja população no ano de 2019 era estimada em 22.149 habitantes (IBGE, 2021). A escolha desse local deu-se pelo fato de ser um município de pequeno porte, no qual à época da pesquisa não havia Centro de Atenção Psicossocial nem hospital psiquiátrico em sua regional. Em municípios com esse perfil, a atenção primária à saúde necessita atuar de modo a dar suporte para parte importante da demanda de saúde mental da população adscrita. Ademais, o primeiro autor deste trabalho atua como profissional nesse município, tendo sido a pesquisa que deu origem a este artigo realizada no contexto de um mestrado profissional, o que se configurou também em uma oportunidade para a reflexão sobre o contexto da atuação laboral do discente-trabalhador de saúde.

No período avaliado, Quixeré contava com nove equipes: três em área urbana (U1, U2 e U3) e seis em zona rural (R1, R2, R3, R4, R5 e R6). Todas possuíam médico e enfermeiro. Os médicos eram, em sua maioria (5/9), bolsistas do programa Mais Médicos do Ministério da Saúde e contratados para um regime de 24 horas de trabalho semanais, excetuando um profissional que trabalhava oito horas semanais. Já os enfermeiros eram, em sua maioria, estatutários (7/9) e, em sua totalidade, contratados para um regime de 36 horas semanais de trabalho. A média de tempo trabalhado nas equipes era de dois anos e cinco meses para os médicos e de três anos e seis meses para os enfermeiros.

### 4.2 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de estudo descritivo, de abordagem quantitativa e delineamento transversal, desenvolvido a partir do universo dos atendimentos realizados na atenção primária à saúde do município de Quixeré. Avaliou-se o período entre julho a dezembro de 2019, tendo em vista que esse é o único momento, nesse ano, em que todas as equipes estavam completas com médico e enfermeiro.

A proposta da pesquisa era usar essas informações para identificar duas características básicas:

- capacidade das equipes em detectar adoecimento mental nos pacientes atendidos;
- capacidade dos profissionais em oferecer um diagnóstico inicial ao paciente com essa demanda.

É esperado que os profissionais da APS consigam avaliar os pacientes com algum grau de sofrimento mental e registrem esse achado no e-SUS APS, posto que essa informação oferece um dado geral sobre a demanda de saúde mental atendida pela eSF. Após detectado que existe um quadro de sintomas de algum adoecimento mental, espera-se que os profissionais consigam enquadrar qual é o diagnóstico inicial, pois a partir dele é desenvolvido o plano terapêutico.

#### 4.3 FONTE DE DADOS

Foram analisados os registros dos atendimentos realizados pelos profissionais médicos e enfermeiros, a partir de dados secundários dos relatórios consolidados do e-SUS atenção primária (e-SUS APS).

O município de Quixeré utilizou, durante o ano de 2019, a coleta de dados simplificada (CDS), a partir da Ficha de Atendimento Individual (ANEXO B); dessa maneira, as informações eram digitadas na Secretaria de Saúde do município e ficavam arquivadas em seu banco de dados.

#### 4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os relatórios de atendimentos dos profissionais médicos e enfermeiros das nove equipes de saúde da família de Quixeré foram solicitados na Secretaria de Saúde. Com isso, foram obtidos dados do período de julho a dezembro de 2019, com informações individualizadas por equipe e por profissional.

#### 4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos os registros de atendimento dos pacientes com idade maior ou igual a 15 anos. Excluiu-se a faixa etária de 0-14 anos por representar uma alta quantidade de atendimentos na APS devido às ações de prevenção e promoção da saúde. Além disso, observa-se uma maior dificuldade de avaliação em saúde mental nessa população pelo profissional não especialista, o que resulta em poucos registros e prejuízo no cálculo dos resultados.

#### 4.6 VARIÁVEIS UTILIZADAS

As variáveis investigadas a partir dos registros do e-SUS APS foram: sexo, atendimento geral, atendimento em saúde mental (ASM), diagnóstico em saúde mental (DSM), perfil do atendimento quanto ao diagnóstico em saúde mental e encaminhamento para o CAPS.

O ASM foi obtido pela soma dos registros de atendimento na ficha em “Saúde Mental”, “Tabagismo”, “Usuário de álcool” e “Usuário de outras drogas”; definidos como a grande área de saúde mental. O DSM foi encontrado a partir da soma dos registros de diagnósticos codificados na CID 10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde) e CIAP 2 (Classificação Internacional da Atenção Primária). Na CID 10 foram considerados inicialmente os registros de F00-99; e na CIAP 2, os registros P01-99; em seguida, cada CID ou CIAP 2 registrada foi avaliada individualmente, de modo que aquelas que possuíam relação com a saúde mental foram consideradas.

O perfil do atendimento quanto ao DSM foi avaliado a partir da CID 10, ou seja, os códigos da CIAP 2 foram convertidos para a CID 10 seguindo as orientações da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (WONCA, 2010).

#### 4.7 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE

Para verificar a magnitude da ocorrência do registro de ASM na APS, além dos números absolutos e percentuais de registros, dois indicadores foram desenvolvidos especialmente para esse fim: o primeiro deles, a Razão de Atendimento em Saúde Mental (RASM), tendo como numerador o total de ASM e como denominador o total de atendimentos; e a Razão de Diagnóstico em Saúde Mental (RDSM), tendo como numerador o total de DSM e como denominador o total de ASM.

O indicador RASM evidencia o quanto os profissionais têm se dedicado ao cuidado à saúde mental, demonstrando o quanto eles estão sensíveis à questão. O monitoramento dele auxilia as equipes a planejarem, avaliarem suas ações e a ampliarem o acesso a esses pacientes, suas famílias e à comunidade. Já o indicador DSM expressa a capacidade do profissional da equipe em oferecer um diagnóstico inicial para a tomada de conduta e plano terapêutico.

Para esses indicadores e demais resultados, foram calculados intervalos de 95% de confiança (IC95%). Na análise, considerou-se que havia diferença estatística entre os grupos quando as frequências não apresentavam intersecções, considerando seus intervalos de confiança, e não continham o valor um.

#### 4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH) com o parecer de número 4.428.818 (ANEXO C). Ademais, obedeceu ao que consta na Resolução n.º 466-2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS. O projeto recebeu anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Quixeré (Carta de Anuência – ANEXO A).



A partir da realização da pesquisa, espera-se uma compreensão melhor sobre os registros das demandas de saúde mental no sistema de informação da atenção básica. Dessa maneira, nós críticos podem ser detectados e sugestões podem contribuir para melhorar esse processo. Com isso, aprimorando-se a coleta de informações, a gestão e os profissionais podem avaliar melhor a situação de saúde mental no território e planejar ações necessárias.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão desta pesquisa serão apresentados em formato de artigo, como previsto nas normas do Mestrado Profissional em Saúde da Família. O artigo será submetido à publicação na Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde. As normas do periódico são apresentadas no ANEXO D. A seguir, tem-se o documento que será submetido:

**Monitoramento do atendimento em saúde mental na estratégia saúde da família:** estudo de caso em município de pequeno porte do Ceará

Maximilo de Oliveira Ribeiro

Maximiliano Loiola Ponte de Souza

### RESUMO

**Objetivo:** Avaliar o uso do e-SUS APS para monitorar o atendimento em saúde mental na atenção primária à saúde (APS). **Métodos:** Estudo transversal, com dados secundários do e-SUS APS, realizado em Quixeré, Ceará. A magnitude da ocorrência de registro foi avaliada mediante indicadores desenvolvidos para esse fim. **Resultados:** O indicador Razão de Atendimento em Saúde Mental (RASM) do município foi de 7,9% (7,5-8,3), sendo que os médicos registraram cerca de 2,5 vezes mais que os enfermeiros. O indicador Razão de Diagnóstico em Saúde Mental (RDSM) encontrado foi de 27,4% (25,1-29,7), ou seja, 1/3 dos atendimentos recebeu algum registro diagnóstico. Os perfis dos diagnósticos mais frequentes foram os transtornos ansiosos (39,7%), os transtornos de humor (22,4%) e quadros sintomáticos relacionados à saúde mental (19,1%). **Conclusão:** O monitoramento dos dados registrados no e-SUS APS pode fornecer informações para a construção de indicadores em saúde mental e, a partir deles, possibilitar uma melhor gestão do cuidado na APS.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Saúde mental; Sistemas de Informação em Saúde.

## ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the use of e-SUS APS to monitor mental health care in primary health care (PHC). **Methods:** Cross-sectional study with secondary data from e-SUS APS, conducted in Quixeré/CE. The magnitude of the registration occurrences was evaluated using indicators developed for this purpose. **Results:** The Mental Health Care Ratio (Razão de Atendimento em Saúde Mental, RASM) indicator in the municipality was 7.9% (7.5-8.3), physicians registered nearly 2.5 times more than nurses. The Mental Health Diagnostic Reason (Razão de Diagnóstico em Saúde Mental, RDSM) indicator found was 27.4% (25.1-29.7), i.e., 1/3 of the visits received some diagnostic record. The profile of the most frequent diagnoses was anxiety disorders (39.7%), mood disorders (22.4%) and symptomatic conditions related to mental health (19.1%). **Conclusion:** Monitoring the data registered in the e-SUS APS can provide information for the construction of mental health indicators and, from them, enable better care management in PHC.

**Keywords:** Primary Health Care; Mental Health; Health Information Systems.

## INTRODUÇÃO

Cerca de 80% das pessoas que necessitam de atendimento em saúde mental, em países de baixa e média renda, não o obtêm<sup>1</sup>. As pesquisas focadas na temática da saúde mental global demonstram que um dos principais alvos de investigação é o chamado “gap” ou hiato terapêutico<sup>2</sup>, ou seja, uma considerável parcela das pessoas com adoecimento mental não recebe tratamento adequado ou nem mesmo é diagnosticada.

Os estudos sobre a prevalência de transtornos mentais na população brasileira apontam taxas que variam entre 20% a 56%<sup>3</sup>. Os transtornos ansiosos e a depressão são as principais causas desse adoecimento mental, o que representa, respectivamente, 9,3% e 5,8% da população<sup>4</sup>.

No âmbito da APS, a estratégia saúde da família (ESF) é responsável pelo primeiro contato dos pacientes com o sistema de saúde, sendo comum que os profissionais atendam frequentemente pacientes em situações de sofrimento psíquico<sup>5</sup>.

A maior parte dos municípios brasileiros (68,2%) tem população de até 20 mil habitantes<sup>6</sup>; nessas cidades, a APS é o principal local de atendimento da demanda de saúde mental. A existência de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou hospital de referência em saúde mental ocorre em cidades mais distantes (médio a grande porte).

O Ministério da Saúde (MS) ainda não desenvolveu indicadores em saúde mental para a APS, “o que se verifica são pesquisas que ocorrem em diferentes instituições acadêmicas e que utilizam protocolos e métodos diferenciados”<sup>7:93</sup>. Além disso, a maior parte dos dados colhidos pelo MS servem apenas para avaliar “cobertura dos diferentes níveis de atenção”<sup>7:94</sup>.

Quando buscamos dados nos sistemas de informação do SUS para avaliar o atendimento da demanda de saúde mental, percebe-se uma distribuição desigual desses dados, visto que há mais informação nas macrorregiões com melhores indicadores socioeconômicos, providas de maior infraestrutura (capitais e municípios com população maior que 200 mil habitantes) e maior capacidade instalada na área da Saúde Mental (presença de CAPS)<sup>8</sup>.

Há muita dificuldade em monitorar os atendimentos de saúde mental realizados pelas equipes de saúde da família (eSF), especialmente nos municípios de pequeno porte. Não há informações claras sobre a prevalência de pacientes com transtornos mentais em acompanhamento ou quais são os diagnósticos realizados. Quando analisamos os dados gerados pelos sistemas de informação, por exemplo, são poucos os itens sobre saúde mental que precisam ser registrados e não há indicadores suficientes relacionados ao atendimento dessa demanda.

A informação em saúde “é fundamental para a alimentação de processos racionais e contínuos que favorecem à tomada de decisão e conduzem ao desenvolvimento de ações e

atividades capazes de impactar a situação de saúde”<sup>9:5</sup>. O registro da informação é a etapa primordial para a produção de dados e indicadores em saúde, podendo ser prejudicado caso o sistema de informação não ofereça um completo registro dos atendimentos, ou os profissionais não o utilizem corretamente.

Desde 2013, o MS vem implantando o novo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), por meio da estratégia e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), que posteriormente foi renomeado para e-SUS APS. Ainda há poucos estudos sobre o impacto dessas mudanças nos sistemas de informação brasileiros, com a transição supramencionada. Além disso, é importante avaliar como ocorre o registro dos atendimentos em saúde mental, quais informações são geradas e quais indicadores podem ser desenvolvidos para monitorar esses atendimentos.

O objetivo deste estudo foi avaliar a potencialidade do sistema de informação e-SUS APS como ferramenta para monitorar o atendimento da demanda de saúde mental na ESF, tendo como foco de avaliação um município de pequeno porte.

## **MÉTODOS**

### **Contexto da Pesquisa**

A pesquisa foi realizada no município de Quixeré, Ceará, 5<sup>a</sup> macrorregião Litoral Leste/ Jaguaribe, cuja população no ano de 2019 era estimada em 22.149 habitantes<sup>10</sup>. A escolha desse local deu-se pelo fato de ser um município de pequeno porte, e à época da pesquisa não havia CAPS nem hospital psiquiátrico em sua regional. Em municípios com esse perfil, a APS necessita atuar de modo a dar suporte para parte importante da demanda de saúde mental da população adscrita.

No período avaliado, Quixeré contava com nove equipes: três em área urbana (U1, U2 e U3) e seis em zona rural (R1, R2, R3, R4, R5 e R6). Todas possuíam médico e enfermeiro. Os médicos eram majoritariamente (5/9) bolsistas do programa Mais Médicos do MS e contratados para um regime de 24 horas de trabalho semanais, excetuando-se um profissional que trabalhava oito horas semanais; os enfermeiros eram, em sua maioria, estatutários (7/9) e, em sua totalidade, contratados para um regime de 36 horas semanais. A média de tempo trabalhado nas equipes era de dois anos e cinco meses para os médicos e de três anos e seis meses para os enfermeiros.

### **Desenho do estudo**

Trata-se de estudo descritivo, de abordagem quantitativa e delineamento transversal, realizado a partir do universo dos atendimentos realizados na APS do município de Quixeré. Avaliou-se o período entre julho a dezembro de 2019, tendo em vista que esse é o único momento, nesse ano, em que todas as equipes estavam completas com médico e enfermeiro.

**Fonte de dados**

Foram analisados os registros dos atendimentos realizados pelos profissionais médicos e enfermeiros, a partir de dados secundários dos relatórios consolidados do e-SUS APS.

O município de Quixeré utilizou, durante o ano de 2019, a coleta de dados simplificada (CDS), a partir da Ficha de Atendimento Individual; assim, as informações eram digitadas na Secretaria de Saúde do município e ficavam arquivadas em seu banco de dados.

**Procedimentos de coleta de dados**

Os relatórios consolidados dos atendimentos dos profissionais (médico e enfermeiro) das nove equipes de saúde da família de Quixeré foram solicitados na Secretaria de Saúde, obtendo-se dados do período de julho a dezembro de 2019, com informações individualizadas por equipe e por profissional.

**Critério de inclusão**

Foram incluídos os registros de atendimento dos pacientes com idade maior ou igual a 15 anos, excluindo-se a faixa etária de 0-14 anos por esta representar uma alta quantidade de atendimentos na APS devido às ações de prevenção e promoção da saúde. Além disso, observa-se maior dificuldade de avaliação em saúde mental nessa população pelo profissional não especialista, resultando em poucos registros e prejuízo no cálculo dos resultados.

**Variáveis utilizadas**

As variáveis investigadas a partir dos registros de atendimento no e-SUS APS foram: sexo, atendimento geral, atendimento em saúde mental (ASM), diagnóstico em saúde mental (DSM), perfil do atendimento quanto ao diagnóstico em saúde mental e encaminhamento para o CAPS.

O ASM foi obtido pela soma dos registros de atendimento na ficha em “Saúde Mental”, “Tabagismo”, “Usuário de álcool” e “Usuário de outras drogas”; definidos como a grande área de saúde mental. O DSM foi encontrado a partir da soma dos registros de diagnósticos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID 10) e Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP 2). Na CID 10, consideraram-se, inicialmente, os registros de F00-99; e na CIAP 2, os registros P01-99; em seguida, cada CID ou CIAP 2 registrada foi avaliada individualmente, e as que tinham relação com a saúde mental foram consideradas.

O perfil do atendimento quanto ao DSM foi avaliado a partir da CID 10, ou seja, os códigos da CIAP 2 foram convertidos para a CID 10 seguindo as orientações da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade<sup>11</sup>.

### **Procedimentos de análise**

Para verificar a magnitude da ocorrência do registro de ASM na APS, além dos números absolutos e percentuais de registros, dois indicadores foram desenvolvidos especialmente para esse fim: a Razão de Atendimento em Saúde Mental (RASM), tendo como numerador o total de ASM e como denominador o total de atendimentos; e a Razão de Diagnóstico em Saúde Mental (RDSM), tendo como numerador o total de DSM e como denominador o total de ASM.

O indicador RASM evidencia o quanto os profissionais têm se dedicado ao cuidado à saúde mental, demonstrando o quanto eles estão sensíveis à questão. O monitoramento dele auxilia as equipes a planejarem, avaliarem suas ações e a ampliarem o acesso a esses pacientes, às suas famílias e à comunidade; já o indicador DSM expressa a capacidade do profissional da equipe em oferecer um diagnóstico inicial para a tomada de conduta e plano terapêutico.



Para esses indicadores e demais resultados foram calculados intervalos de 95% de confiança (IC95%). Na análise, considerou-se que havia diferença estatística entre os grupos quando as frequências não apresentavam intersecções, considerando seus intervalos de confiança, e não continham o valor um.

### **Aspectos éticos**

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH), com o parecer de número 4.428.818. O projeto recebeu ainda a anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Quixeré. Ademais, obedeceu ao que consta na Resolução n.º 466-2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS.

## **RESULTADOS**

Durante o segundo semestre de 2019 foram realizados 18.318 atendimentos de pacientes com idade igual ou superior a 15 anos, sendo a maior parte, 77% (76,4-77,6), do sexo feminino. Os registros foram, em sua maioria, 54,2% (53,5-54,9), realizados pelos médicos. O total das consultas relacionadas à grande área de saúde mental foi de 1.454, das quais médicos registraram 75,2% (73,0-77,5) (Tabela 1).

Em relação aos diagnósticos registrados nos atendimentos relacionados à grande área de saúde mental, os enfermeiros utilizaram exclusivamente a codificação CIAP-2. Entre os médicos, cinco utilizaram ambos os sistemas de classificação; e três, apenas a CID-10. Do total de 398 registros nos quais foram colocados diagnósticos, 204 foram realizados pela CID-10 (51,3%; 46,3-56,2) e 194 pela CIAP-2 (48,7%; 43,8-53,7).

Avaliando-se o perfil dos diagnósticos registrados pelos profissionais, os quadros mais frequentes no município foram: transtornos ansiosos (CID 10 F40 a F49), transtornos de humor (CID 10 F30 a F39) e quadros sintomáticos relacionados à saúde mental (R40-R46),

correspondendo, respectivamente, a 39,7% (34,9-44,5), 22,4% (18,3-26,5) e 19,1% (15,2-23,0) (Tabela 2).

Na comparação dos resultados em relação ao perfil diagnóstico entre os médicos e enfermeiros, os primeiros registraram dados próximos ao geral do município, excetuando a codificação F90-F98, que não foi pontuada. Entre os enfermeiros, os dados diferiram consideravelmente do geral e dos médicos; a proporção de diagnósticos modifica para 71,6% (60,8-82,4) de códigos entre R40-R46 e 11,9% (4,2-19,7) entre Z70-Z76, indicando quadros de sintomas gerais relacionados à saúde mental, além do único registro na codificação F90-F98 0,3% (-0,2-0,7) (Tabela 2).

Em relação ao indicador RASM, o resultado no município foi de 7,9% (7,5-8,3). Entre médicos, observou-se um valor significativamente maior do que o verificado entre enfermeiros, 11,0% (10,4-11,6) e 4,3% (3,9-4,7), respectivamente. Considerando o total de casos relacionados à grande área de saúde mental atendidos no município, aproximadamente 1/3 receberam algum registro diagnóstico pela CID 10 ou CIAP 2. O valor do indicador RDSM para o município foi de 27,4% (25,1-29,7), com valores mais elevados para médicos (30,3%; 27,5-33,0) do que para enfermeiros (18,6%; 14,6-22,6) (Tabela 3).

Uma eSF, a R2, realizou a maior parte dos encaminhamentos para o serviço especializado (CAPS), 24 dos 33 realizados (72,7% 57,5-87,9). Os demais encaminhamentos foram realizados pela eSF R5 (6; 18,2% 5,0-31,3); R3, R4 e U2 registraram um encaminhamento cada (3,0% -2,8-8,9).

A média de atendimento registrado pelas eSF do município foi de 2.035; além disso, apenas duas equipes ficaram abaixo da média, R5 (1.779; 9,7 9,3-10,1) e R6 (1.487; 8,1 7,7-8,5); a R3 foi a que mais teve registros, 2.466 (13,5 13,0-14,0). Essa equipe também foi a que mais atendeu pacientes com demanda em saúde mental: dos 1.454 registros totais, assinalou 336 (23,1 20,9-25,3) (Tabela 1).

A eSF U3, em que o médico trabalhava oito horas/semanais, teve um total de atendimentos acima da média, 2.231 (12,2 11,7-12,7), porém foi a que menos registrou atendimentos relacionados à grande área de saúde mental, 37 (2,5 1,7-3,4) (Tabela 1).

Entre as nove eSF do município, em sete delas o médico foi quem mais registrou atendimentos relacionados à grande área de saúde mental. Na equipe rural R3, a enfermeira pontuou mais atendimentos que o médico (63,7%; 58,5-68,8) e, na R1, não houve diferença entre os profissionais. Além disso, dos 360 registros de atendimento em saúde mental pelos enfermeiros, 214 foram realizados na R3 (59,4 54,4-64,5) (Tabela 1).

Avaliando o indicador RASM, duas das três equipes urbanas apresentaram taxas inferiores às do município, U1 (4,7 3,7-5,6) e U3 1,7 (1,1-2,2); já entre as equipes rurais, apenas uma teve resultado menor, R1 (2,9 2,2-3,7). Três equipes ficaram acima, R3 (13,6 12,3-15,0), R6 (11,5 9,9-13,1) e U2 13,2 (11,7-14,6) (Tabela 3).

Entre os médicos, o indicador RASM foi expressivamente menor nas equipes R1 (2,8 1,8-3,7) e U3 (1,9 1,2-2,7). Três equipes destacaram-se com resultados acima, R2 (18,5 16,1-20,9), R6 (14,4 12,0-16,8) e U2 (22,5 20,1-25,0). Já entre os enfermeiros, seis das nove equipes ficaram abaixo do registrado no município, três equipes rurais (R2 (1,2 0,6-1,9); R4 (1,4 0,6-2,1) e R5 (0,2 -0,2-0,5)) e todas as equipes urbanas (U1 (0,8 0,2-1,3); U2 (2,1 (1,2-3,0) e U3 (1,3 0,6-2,0)). O registro na R3 foi quase três vezes o total dos enfermeiros (17,2 15,1-19,3) (Tabela 3).

A eSF U3 foi a que teve pior desempenho no indicador RASM, os resultados da equipe, do médico e do enfermeiro ficaram abaixo do município; em contrapartida, a eSF R6 obteve todos os resultados superiores (Tabela 3).

O indicador RDSM não foi pontuado na equipe R6, pois tanto o médico quanto o enfermeiro não registraram nenhum diagnóstico. Duas equipes obtiveram resultados abaixo do total geral, R3 (2,1 0,6-3,6) e R5 (5,2 1,4-8,9); e quatro equipes ficaram acima do indicador do

município, as três urbanas (U1 (47,7 37,3-58,2); U2 (45,8 39,9-51,7) e U3 (110,8) e R1 (95,0 89,5-100,5) (Tabela 3).

Entre os enfermeiros, apenas R3 obteve o indicador RDSM menor (0,5 0,4-1,4), sendo que no indicador RASM foi o que teve o maior resultado (17,2 15,1-19,3). Já entre os médicos, apenas R3 (4,9 1,1-8,8) e R5 (4,5 1,0-8,0) obtiveram resultados inferiores (Tabela 3).

As eSF urbanas obtiveram resultados maiores ou iguais no indicador RDSM, enquanto entre as seis equipes rurais apenas três tiveram esse desempenho (R1, R2 e R4).

## **DISCUSSÃO**

Neste estudo, apresentamos uma possibilidade de monitoramento do atendimento em saúde mental na atenção primária a partir do sistema de informação e-SUS APS. É a primeira pesquisa a propor indicadores de saúde mental que possam ser utilizados no contexto de municípios de pequeno porte.

Analisando os resultados, a maioria dos atendimentos registrados foi de pacientes do sexo feminino (77%, 76,4-77,6), valores próximos ao encontrado em outros estudos, com 76%<sup>12</sup> e 80,4%<sup>13</sup>. A menor procura dos homens por atendimento pode ter relação com o modelo hegemônico de masculinidade, representado pela ideia de serem fortes e invulneráveis<sup>14</sup>, além da incompatibilidade de acesso ao serviço no horário de funcionamento diurno pela maioria dos trabalhadores.

Em relação ao atendimento da demanda relacionada à saúde mental, o indicador RASM encontrado no município foi de 7,9% (7,5-8,3). Ressalta-se que esse achado engloba o atendimento de quadros inespecíficos relacionados ao sofrimento mental, quadros de TMC e quadros de transtorno mental grave e persistente.

O RASM de 7,9% ficou abaixo do esperado. Sobre isso, diferentes estudos apontam que a demanda de saúde mental na APS é em torno de 20% para transtornos mentais<sup>15</sup> e, para

TMC, pode chegar a 64,3%<sup>16</sup>. O baixo resultado no indicador RASM reforça o “gap” da saúde mental global encontrado dentro do município estudado, ou seja, há uma grande demanda em saúde mental não reconhecida e tratada pelos profissionais da APS.

O “gap” na assistência em saúde mental detectado pode ser explicado por diferentes motivos já discutidos na literatura, tais como: o sentimento de insegurança e despreparo dos profissionais para cuidar dos pacientes com sofrimento psíquico; a baixa percepção do potencial terapêutico no cuidado na atenção primária<sup>17</sup>; e a reduzida formação na graduação dos profissionais sobre saúde mental, com pouco conteúdo teórico e espaços de prática<sup>17,18</sup>.

Avaliando o indicador RDSM do município, encontrou-se que cerca de 1/3 dos atendimentos recebeu algum registro diagnóstico (27,4%); o ineditismo da pesquisa dificulta a comparação desse resultado com dados oficiais ou de outros artigos. Seria esperado que os outros 2/3 dos pacientes atendidos fossem encaminhados para a avaliação diagnóstica na atenção secundária, porém apenas 2,27% foram referenciados (33 dos 1.454 registrados).

O resultado no indicador RDSM levanta o questionamento de como os profissionais podem realizar um manejo terapêutico adequado sem a percepção de uma hipótese diagnóstica inicial. No entanto, é importante entender que o atendimento pode ter sido realizado a partir de outras demandas que o profissional priorizou no registro diagnóstico, ou seja, registrou como atendimento em saúde mental e pontuou outros diagnósticos também avaliados.

Ainda sobre a capacidade de diagnosticar, faz-se importante destacar a possibilidade do desconhecimento do profissional, em que houve a percepção de adoecimento mental sem conseguir esclarecer qual seria o diagnóstico. Esse indicador tem alta importância no monitoramento dos atendimentos, pois evidencia as equipes em que os profissionais precisam passar por ações de educação em saúde mental.

Comparando o ASM entre médicos e enfermeiros, chama a atenção que os primeiros registraram 75,2% (73,0-77,5), isto é, 3/4 dos atendimentos da demanda registrada como saúde

mental na APS. Esse resultado reforça o modelo biomédico, centrado na patologização do sofrimento mental e da medicalização como principal conduta terapêutica.

Os recursos terapêuticos utilizados pelos profissionais da APS para o cuidado em saúde mental ainda são muito centrados no uso de psicofármacos. A assistência em saúde mental, principalmente nos casos moderados a graves, é, muitas vezes, desvinculada da atenção básica de cuidados primários<sup>19</sup>.

Uma hipótese para o baixo ASM pelos enfermeiros pode ser pelo fato de que seu trabalho “se resume em renovação de receitas e encaminhamentos para outros serviços, evidenciando a escassez de ações”<sup>20</sup>. Ampliar o cuidado de enfermagem, com a realização do acolhimento e escuta ativa dos pacientes em sofrimento mental, além da criação de grupos terapêuticos para a psicoeducação, são estratégias viáveis e efetivas no cuidado em saúde mental.

Sobre o perfil dos diagnósticos registrados pelos profissionais, os quadros ansiosos, de humor e sintomáticos gerais físicos ou emocionais relacionados à saúde mental foram os mais prevalentes, com 39,7% (34,9-44,5), 22,4% (18,3-26,5) e 19,1% (15,2-23,0), respectivamente. O MS, no Caderno de Atenção Básica n.º 34 (2013), apresenta os mesmos achados, ou seja, as síndromes mais frequentes na Atenção Básica são a depressiva, ansiosa e de somatização (as chamadas queixas físicas sem explicação médica)<sup>5</sup>.

O perfil geral dos diagnósticos encontrados foi semelhante ao registrado pelos médicos. Já entre os enfermeiros, o registro diagnóstico foi realizado pela CIAP-2, que permite classificar não só os problemas diagnosticados, mas principalmente os motivos da consulta. Ao ser realizada a conversão para a CID 10, os diagnósticos foram modificados para quadros de sintomas gerais relacionados à saúde mental (CID 10 R40-R46 e Z70-Z76), evidenciando que o motivo principal do atendimento foi uma demanda geral em saúde mental.

Os indicadores encontrados podem ser usados para monitorar o atendimento em saúde mental ao longo do tempo, podendo ser comparados ainda com os dados de outras cidades da mesma macrorregional. Para além dos indicadores do município, é possível acompanhar cada equipe de saúde da família separadamente; desse modo, essa avaliação em saúde ajudaria ao gestor a intervir nas equipes com baixo desempenho.

Os resultados encontrados a partir do e-SUS APS podem ser usados para o monitoramento dos atendimentos em saúde mental a partir dos indicadores.

Entre as nove eSF, temos que duas das três equipes urbanas apresentaram resultado inferior ao do município no indicador RASM; entre as seis equipes rurais, apenas uma (R1). Além das diferenças entre as equipes quanto ao trabalho dos profissionais, é preciso reconhecer a maior demanda em saúde mental nas regiões de campo, devido às condições socioeconômicas desfavoráveis que tensionariam ao adoecimento mental. Há diferentes estressores psicossociais nas comunidades rurais que impactariam negativamente na saúde mental, tais como: pobreza, fome, violência, falta de reconhecimento, desigualdades no acesso à terra, fatores ambientais e a privação múltipla de bens e serviços<sup>21</sup>.

A equipe rural R3 destaca-se como a que mais teve registros de ASM, achado que pode ser explicado devido à atuação do enfermeiro. Nessa equipe, o enfermeiro registrou mais do que o médico e do que a soma dos registros dos demais enfermeiros: atendeu 214 dos 360 (59,4-64,5). Esse desempenho é exceção ao ser comparado com o resultado das outras eSF; portanto, questionar o motivo é importante: teria esse enfermeiro formação ou maior interesse na área de saúde mental? Haveria maior zelo nos registros de cada atendimento? A demanda de saúde mental da equipe seria direcionada principalmente para esse profissional?

A equipe R3 teve um dos maiores resultados no indicador RASM; por outro lado, apresentou um dos piores resultados no indicador RDSM (2,1 0,6-3,6). Esse achado reforça a ideia de que os profissionais detectam a demanda de saúde mental, porém haveria dificuldade

em diagnosticá-la. Como agravante, o enfermeiro foi quem mais registrou nessa eSF, e foi utilizada a CIAP-2, que pode pelo menos delimitar o motivo da consulta. Esse achado pode indicar a necessidade de educação em saúde mental para os profissionais e a orientação da importância de registrar o diagnóstico inicial avaliado.

Outra equipe rural, a R6, apresentou indicador RASM acima da média do município, 11,5 (9,9-13,1); no entanto, chama a atenção não ter registrado nenhum diagnóstico, não pontuando no indicador RDSM. Esse achado não pode ser explicado por este estudo, sendo necessária uma avaliação qualitativa junto a esses profissionais.

Entre as equipes urbanas, a U3 destacou-se com o pior desempenho no indicador RASM, visto que os resultados da equipe, do médico e do enfermeiro ficaram abaixo do município. Uma diferença dessa equipe para as demais foi a menor carga horária trabalhada pelo médico, apenas oito horas semanais, o que pode ser questionado como uma das causas desse resultado.

Os achados neste estudo, a partir do monitoramento dos indicadores, apontam alguns resultados que precisam ser melhor investigados. É preciso avaliar os poucos registros de atendimento em saúde mental nas eSF, a ausência de muitos diagnósticos específicos nos casos identificados e as diferenças nas equipes que afetaram os resultados.

Esses achados podem levantar alguns questionamentos sobre a capacidade da APS em cuidar adequadamente dos pacientes em sofrimento mental, porém já existem estratégias para melhorar esse cuidado. Quando os médicos passam por programas educativos em saúde mental, há um satisfatório manejo nos quadros de transtornos mentais e a capacidade de diagnosticar não é tão diferente da dos especialistas<sup>22</sup>.

Outra estratégia para melhorar o atendimento na APS é o matriciamento em saúde mental, ou seja, o apoio colaborativo de outros profissionais, como os do CAPS, que podem realizar atividades de educação continuada, atendimento em conjunto, discussão de casos e o



desenvolvimento de projetos terapêuticos. O matriciamento poderia amenizar a lacuna de formação dos profissionais da APS, além de ampliar as ações de saúde mental e as ferramentas psicossociais na atenção primária.

Sobre o e-SUS APS, percebeu-se a necessidade de sua reformulação para priorizar os atendimentos relacionados à saúde mental. Ampliar os itens a serem preenchidos, com mais informações sobre saúde mental, pode ajudar na construção de outros indicadores importantes. Por exemplo, registrar o uso de benzodiazepínicos; histórico de tentativa de suicídio; histórico de internação psiquiátrica recente; e se é acompanhado no CAPS são algumas informações que podem ajudar no melhor manejo dos casos pelos profissionais e na gerência da realidade de saúde mental pelo gestor municipal.

Uma outra crítica percebida em relação ao e-SUS APS é que, ao serem digitadas as fichas de atendimento, quando o profissional registra como atendimento de “hipertensão arterial”, doença prioritária pelo MS, o diagnóstico (por CID 10 ou CIAP 2) é essencial para concluir o programa. Por outro lado, registrar o atendimento como “saúde mental” não exige nenhum diagnóstico para finalizar o registro no sistema.

Por fim, este estudo apresenta algumas limitações encontradas quando se avaliam dados secundários a partir de sistema de informação, tais como: os profissionais podem não registrar o atendimento, as fichas podem ser perdidas ou haver erros ao serem digitadas. Além disso, avaliamos apenas o atendimento individual, não analisando as atividades coletivas realizadas pelas eSF.

A despeito das limitações deste estudo, esta pesquisa é importante para contribuir com a avaliação do atendimento de saúde mental nas eSF. Destaca-se também que o monitoramento dos dados registrados no e-SUS APS pode fornecer informações para a construção de indicadores em saúde mental e, a partir deles, possibilitar uma melhor gestão do cuidado em cada município.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. MhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: Mental Health Gap Action Programme (mhGAP). Geneva: WHO; 2010.
2. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. Bull World Health Organ [Internet]. 2004 nov [cited 2020 Jan 22]; 82 (11): 858-66. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15640922/>
3. Santos EG, Siqueira MM. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. J Bras Psiquiatr [Internet]. 2010 [citado 2021 mar 07]; 59 (3): 238-246. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S004720852010000300011&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004720852010000300011&lng=en). doi: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852010000300011>
4. World Health Organization. Depression and Other Commons Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: WHO; 2017.
5. Ministério da Saúde (BR). Cadernos de Atenção Básica nº 34 – Saúde Mental. Brasília: MS; 2013.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE divulga as estimativas da população dos municípios para 2019 [Internet]. 2019. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2019 [atualizado 2019 ago 08; citado 2021 jan 22]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/25278-ibge-divulga-as-estimativas-da-populacao-dos-municipios-para-2019>
7. Mendes MFM. Como se conta o que se faz? O desafio de avaliar o cuidado nos serviços de Saúde Mental [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2015.
8. Souza MLP. Registro de distúrbios mentais no Sistema de Informação da Atenção Básica do Brasil, 2014. Epidemiol Serv Saude [Internet]. 2016 jun [citado 2021 fev 15]; 25 (2): 405-410. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222016000200405&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222016000200405&lng=en). doi: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742016000200018>
9. Carvalho ALB. Informação em saúde como ferramenta estratégica para a qualificação da gestão e o fortalecimento do controle social no SUS. Tempus - Actas de Saúde Colet [Internet]. 2009 [citado 2021 fev 15]; 3 (3): 16-30. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/download/719/1553/4750>
10. 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 2019 [Internet]. 2019. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2019 [citado 2021 jan 22]. Disponível em: [https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com\\_mediaibge/arquivos/7d410669a4ae85faf4e8c3a0a0c649c7.pdf](https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/7d410669a4ae85faf4e8c3a0a0c649c7.pdf)

11. World Organization of National Colleges. Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2). 2. ed. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2010.
12. Guibu IA, MoraesJC, Guerra Junior AA, Costa EA, Acurcio FA, Costa KS, et al. Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. Rev Saude Publica [Internet]. 2017 [citado 2021 jan 22]; 51 (Supl 2): 17s. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt\\_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007070.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007070.pdf)
13. Pereira AB, Mattos KM, Silva RM, Colomé JS. Perfil social do usuário do sistema único de saúde na atenção primária em saúde. Rev Epidemiol Contr Infec [Internet]. 2012 [citado 2021 jan 21]; 2 (3): 94-9. doi: <https://doi.org/10.17058/reci.v2i3.2746>
14. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cad Saúde Pública [Internet]. 2007 mar [citado 2021 fev 17]; 23 (3): 565-574. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000300015&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300015&lng=en). doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300015>
15. Pereira RMP; Amorim FF; Gondim MFN. A percepção e a prática dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a Saúde Mental. Interface (Botucatu) [Internet]. 2020 [citado 2020 jan 12]; 24 (supl. 1): e190664. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141432832020000200212&lng=e&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832020000200212&lng=e&nrm=iso). doi: <https://doi.org/10.1590/interface.190664>
16. Gonçalves DA, Mari JJ, Bower P, Gask L, Dowrick C, Tófoli LF, et al. Estudo multicêntrico brasileiro sobre transtornos mentais comuns na atenção primária: taxas e fatores sociais e demográficos relacionados. Cad Saúde Pública [Internet]. 2014 mar [citado 2021 jan 11]; 30 (3): 623-632. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014000300623&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000300623&lng=en&nrm=iso). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00158412>
17. Almeida DR, Soares JNC, Dias MC, Rocha FC, Andrade GRN, Andrade DLB. O cuidado aos portadores de sofrimento mental na atenção primária: uma prática interdisciplinar e multiprofissional. Rev Fun Care Online [Internet]. 2020 jan/dez [citado 2021 jan 11]; 12: 420-425. doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.8388>
18. Pereira AA, Andrade DCL. Estratégia Educacional em Saúde Mental para Médicos da Atenção Básica. Rev bras educ med [Internet]. 2017 dez [citado 2021 jan 11]; 41 (4): 478-486. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022017000400478&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022017000400478&script=sci_abstract&tlng=pt). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v41n4rb20160021>
19. Dimenstein M, Santos Y, Brito M, Severo AK, Morais C. Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. Mental [Internet]. 2005 nov [citado 2021 jan 26]; 3 (5): 23-41. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S167944272005000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S167944272005000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=pt)
20. Silva Filho JA, Silva CRL, Marques APBF, Nóbrega RJN, Pinto AGA. Práticas de cuidado em saúde mental desenvolvidas por enfermeiros na Estratégia Saúde da Família. Rev Nursing [Internet]. 2020 mar [citado 2021 jan 11]; 23 (262): 3638-3642. Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/262/pg21.pdf>

21. Costa Neto MC, Dimenstein M. Cuidado Psicossocial em Saúde Mental em Contextos Rurais. *Trends Psychol* [Internet]. 2017 dez [citado 2021 jan 26]; 25 (4): 1653-1664. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2358-18832017000401653&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2358-18832017000401653&script=sci_abstract&tlng=pt)

22. Wenceslau LD, Ortega F. Mental health within primary health care and Global Mental Health: international perspectives and Brazilian context. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2015 Dec [cited 2021 Mar 07]; 19 (55): 1121-1132. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141432832015000401121&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832015000401121&lng=en). doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1152>

## TABELAS

**Tabela 1** – Frequência absoluta, relativa e intervalo de confiança dos atendimentos geral e saúde mental e diagnóstico em saúde mental da Estratégia Saúde da Família. Quixeré - Ceará, segundo semestre de 2019.

Equipe	Atendimento geral n (% (IC95%))			Atendimento em saúde mental n (% (IC95%))			Diagnóstico em saúde mental n (% (IC95%))		
	Médico	Enfermeiro	Total	Médico	Enfermeiro	Total	Médico	Enfermeiro	Total
R1	1155 (56,6 54,4-58,7)	887 (43,4 41,3-45,6)	2042 (11,1 10,7-11,6)	32 (56,1 43,3-69,0)	28 (49,1 36,1-62,1)	60 (4,1 3,1- 5,1)	52 (91,2 83,9-98,6)	5 (8,8 1,4-16,1)	57 (14,3 10,9-17,8)
R2	1033 (47,7 45,6-49,8)	1133 (52,3 50,2-54,4)	2166 (11,8 11,4-12,3)	191 (93,2 89,7-96,6)	14 (6,8 3,4- 10,3)	205 (14,1 12,3-15,9)	62 (93,9 88,2-99,7)	4 (6,1 0,3-11,8)	66 (16,6 12,9-20,2)
R3	1221 (49,5 47,5-51,5)	1245 (50,5 48,5-52,5)	2466 (13,5 13,0-14,0)	122 (36,3 31,2-41,5)	214 (63,7 58,5-68,8)	336 (23,1 20,9-25,3)	6 (85,7 59,8- 111,6)	1 (14,3 -11,6- 40,2)	7 (1,8 0,5- 3,1)
R4	1309 (59,7 57,6-61,7)	884 (40,3 38,3-42,4)	2193 (12,0 11,5-12,4)	137 (91,9 87,6-96,3)	12 (8,1 3,7- 12,4)	149 (10,2 8,7-11,8)	38 (71,7 59,6-83,8)	15 (28,3 16,2- 40,4)	53 (13,3 10,0-16,7)
R5	1150 (64,6 62,4-66,9)	629 (35,4 33,1-37,6)	1779 (9,7 9,3-10,1)	134 (99,3 97,8-100,7)	1 (0,7 -0,7- 2,2)	135 (9,3 7,8-10,8)	6 (85,7 59,8- 111,6)	1 (14,3 -11,6- 40,2)	7 (1,8 0,5- 3,1)
R6	841 (56,6 54,0-59,1)	646 (43,4 40,9-46,0)	1487 (8,1 7,7-8,5)	121 (70,8 63,9-77,6)	50 (29,2 22,4-36,1)	171 (11,8 10,1-13,4)	0	0	0
U1	855 (45,4 43,2-47,7)	1028 (54,6 52,3-56,8)	1883 (10,3 9,8-10,7)	80 (90,9 84,9-96,9)	8 (9,1 3,1- 15,1)	88 (6,1 4,8- 7,3)	31 (73,8 60,5-87,1)	11 (26,2 12,9- 39,5)	42 (10,6 7,5- 13,6)
U2	1124 (54,3 52,1-56,4)	947 (45,7 43,6-47,9)	2071 (11,3 10,8-11,8)	253 (92,7 89,6-95,8)	20 (7,3 4,2- 10,4)	273 (18,8 16,8-20,8)	106 (84,8 78,5-91,1)	19 (15,2 8,9- 21,5)	125 (31,4 26,8-36,0)
U3	1244 (55,8 53,7-57,8)	987 (44,2 42,2-46,3)	2231 (12,2 11,7-12,7)	24 (64,9 49,5-80,2)	13 (35,1 19,8-50,5)	37 (2,5 1,7- 3,4)	30 (73,2 59,6-86,7)	11 (26,8 13,3- 40,4)	41 (10,3 7,3- 13,3)
Total do município	9932 (54,2 53,5-54,9)	8386 (45,8 45,1-46,5)	18318	1094 (75,2 73,0-77,5)	360 (24,8 22,5-27,0)	1454	331 (83,2 79,5-86,8)	67 (16,8 13,2- 20,5)	398

Fonte: e-SUS APS, 2020.

IC95%: intervalo de 95% de confiança.

**Tabela 2 – Frequência relativa e intervalo de confiança dos diagnósticos em saúde mental registrados pelos médicos e enfermeiros. Quixeré - Ceará, segundo semestre de 2019.**

<b>Diagnóstico (CID 10)</b>	<b>Médico n (% (IC95%))</b>	<b>Enfermeiro n (% (IC95%))</b>	<b>Total n (% (IC95%))</b>
F00-F09	16 (4,8 2,5-7,1)	-	16 (4,0 2,1-5,9)
F10-F19	10 (3,0 1,2-4,9)	1 (1,5 -1,4-4,4)	11 (2,8 1,2-4,4)
F20-F29	12 (3,6 1,6-5,6)	1 (1,5 -1,4-4,4)	13 (3,3 1,5-5,0)
F30-F39	88 (26,6 21,8-31,3)	1 (1,5 -1,4-4,4)	89 (22,4 18,3-26,5)
F40-F49	156 (47,1 41,8-52,5)	2 (3,0 -1,1-7,1)	158 (39,7 34,9-44,5)
F50-F59	9 (2,7 1,0-4,5)	4 (6,0 0,3-11,6)	13 (3,3 1,5-5,0)
F60-F69	-	-	-
F70-F79	6 (1,8 0,4-3,2)	-	6 (1,5 0,3-2,7)
F80-F89	1 (0,3 -0,3-0,9)	-	1 (0,3 -0,2-0,7)
F90-F98	-	1 (1,5 -1,4-4,4)	1 (0,3 -0,2-0,7)
F99	4 (1,2 0,0-2,4)	1 (1,5 -1,4-4,4)	5 (1,3 0,2-2,4)
R40-R46	28 (8,5 5,5-11,5)	48 (71,6 60,8-82,4)	76 (19,1 15,2-23,0)
Z70-Z76	1 (0,3 -0,3-0,9)	8 (11,9 4,2-19,7)	9 (2,3 0,8-3,7)

Fonte: e-SUS APS, 2020.

IC95%: intervalo de 95% de confiança.

**Tabela 3** – Indicadores de atendimento e diagnóstico de transtorno mental das equipes da Estratégia de Saúde da Família. Quixeré - Ceará, segundo semestre de 2019.

Equipe	*RASM % (IC95%)			**RDSM % (IC95%)		
	Médico	Enfermeiro	Total	Médico	Enfermeiro	Total
R1	2,8 (1,8-3,7)	3,2 (2,0-4,3)	2,9 (2,2-3,7)	162,5 (-)	17,9 (3,7-32,0)	95,0 (89,5-100,5)
R2	18,5 (16,1-20,9)	1,2 (0,6-1,9)	9,5 (8,2-10,7)	32,5 (25,8-39,1)	28,6 (4,9-52,2)	32,2 (25,8-38,6)
R3	10,0 (8,3-11,7)	17,2 (15,1-19,3)	13,6 (12,3-15,0)	4,9 (1,1-8,8)	0,5 (0,4-1,4)	2,1 (0,6-3,6)
R4	10,5 (8,8-12,1)	1,4 (0,6-2,1)	6,8 (5,7-7,8)	27,7 (20,2-35,2)	125,0 (-)	35,6 (27,9-43,3)
R5	11,7 (9,8-13,5)	0,2 (-0,2-0,5)	7,6 (6,4-8,8)	4,5 (1,0-8,0)	100,0 (100,0)	5,2 (1,4-8,9)
R6	14,4 (12,0-16,8)	7,7 (5,7-9,8)	11,5 (9,9-13,1)	0,0	0,0	0,0
U1	9,4 (7,4-11,3)	0,8 (0,2-1,3)	4,7 (3,7-5,6)	38,8 (28,1-49,4)	137,5 (-)	47,7 (37,3-58,2)
U2	22,5 (20,1-25,0)	2,1 (1,2-3,0)	13,2 (11,7-14,6)	41,9 (35,8-48,0)	95,0 (85,4-104,6)	45,8 (39,9-51,7)
U3	1,9 (1,2-2,7)	1,3 (0,6-2,0)	1,7 (1,1-2,2)	125,0 (-)	84,6 (65,0-104,2)	110,8 (-)
Total	11,0 (10,4-11,6)	4,3 (3,9-4,7)	7,9 (7,5-8,3)	30,3 (27,5-33,0)	18,6 (14,6-22,6)	27,4 (25,1-29,7)

Fonte: e-SUS APS, 2020.

IC95%: intervalo de 95% de confiança.

\* Razão de Atendimento em Saúde Mental.

\*\* Razão de Diagnóstico em Saúde Mental.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação teve como objetivo principal avaliar o uso do e-SUS APS para monitorar o atendimento em saúde mental na ESF, em município de pequeno porte. Para minhas considerações finais, vou retornar às perguntas iniciais da pesquisa, apresentarei ainda as limitações deste trabalho e, por fim, farei algumas críticas ao sistema e-SUS APS.

A primeira questão do estudo é se os médicos e os enfermeiros da APS conseguiriam detectar a presença de adoecimento mental nos pacientes atendidos. Para essa pergunta foi criado o indicador RASM e, a partir dele, os atendimentos registrados do e-SUS APS foram analisados, de modo que foi possível encontrar o resultado para o médico (11,0% 10,4-11,6), enfermeiro (4,3% 3,9-4,7) e para o município (7,9% 7,5-8,3).

Os achados apontam que os profissionais avaliados pouco reconhecem a demanda de saúde mental na APS, pois, segundo a literatura consultada, seria esperado mais de 20% de registros de atendimento. Além disso, verificou-se que os médicos detectaram cerca de 2,5 vezes mais que os enfermeiros, havendo diferenças por profissional e por equipe.

Na segunda pergunta, foi questionado se os profissionais conseguiriam realizar algum diagnóstico inicial em saúde mental nos pacientes atendidos. Um segundo indicador foi desenvolvido para esse fim, a RDSM. O registro dos diagnósticos para os médicos foi de 30,3% (27,5-33,0), para os enfermeiros foi de 18,6% (14,6-22,6) e o total do município foi de 27,4% (25,1-29,7).

Os dados apontam que os médicos conseguiram fornecer um diagnóstico inicial em cerca de 1/3 dos atendimentos em saúde mental. Os enfermeiros, que registram por meio da CIAP-2, diagnosticaram menos de 20%.

Sobre o perfil dos atendimentos em saúde mental na APS do município, o resultado foi que os transtornos ansiosos (CID 10 F40 a F49, 39,7%), os transtornos de humor (F30 a F39, 22,4%) e quadros sintomáticos relacionados à saúde mental (R40-R46, 19,1%) foram os mais frequentes.

O perfil encontrado para o município foi semelhante ao registrado pelos médicos. Já entre os enfermeiros, os diagnósticos modificaram-se para quadros de sintomas gerais relacionados à saúde mental (CID 10 R40-R46, 71,6%, e Z70-Z76, 11,9%), evidenciando que o motivo principal do atendimento foi uma demanda geral em saúde mental.

Em relação à variação no registro dos atendimentos por profissional e eSF, após o cálculo dos indicadores, encontramos um conjunto de informações do município, de cada equipe, de cada médico e de cada enfermeiro. A comparação desses achados permitiu identificar



importantes diferenças nos registros dos atendimentos da demanda de saúde mental. Esses resultados podem servir de base para o planejamento do gestor municipal e da coordenação de cada equipe, bem como intervenções podem ser realizadas com o objetivo de melhorar os atendimentos e os registros.

A última questão aborda se o e-SUS APS pode ser uma ferramenta eficaz para monitorar o atendimento de saúde mental. Acredito que essa é a principal pergunta da pesquisa e defendo que o e-SUS APS pode ser usado para monitorar os atendimentos em saúde mental na atenção primária.

O estudo demonstrou a existência de importante demanda reprimida em saúde mental na APS do município, ou seja, identificou o “gap” em saúde mental. Menos de 8% dos atendimentos foram registrados como saúde mental, sendo esperados valores acima de 20%.

O atendimento em saúde mental na APS ainda segue o modelo centrado no médico, visto que cerca de 75% dos registros foram realizados por esses profissionais, com possível explicação o foco na medicalização e na patologização do sofrimento mental. Isso é reforçado pelo fato de que quanto menor a carga horária trabalhada pelo médico na equipe, menor também tende a ser o atendimento em saúde mental registrado.

A identificação dos perfis diagnósticos do município, dos médicos e dos enfermeiros foi possível a partir do e-SUS APS. Além disso, detectou-se que cerca de 30% dos atendimentos em saúde mental receberam algum registro diagnóstico e apenas 2,3% foram encaminhados para avaliação no CAPS. No entanto, acredito existir uma importante subnotificação nessa referência à atenção secundária.

A monitorização dos indicadores permitiu ainda a identificação das equipes ou dos profissionais que precisam receber maior apoio para melhorar os atendimentos em saúde mental e os registros no e-SUS APS. No lugar de atividades educativas gerais, a gestão municipal poderia direcionar ações específicas para cada dificuldade detectada. Por exemplo, existem equipes que registram muitos atendimentos em saúde mental e poucos diagnósticos, de modo que uma ação de educação em saúde mental e/ou matriciamento seria mais necessária do que ensinar sobre o uso do e-SUS APS.

Uma vez respondidas as questões iniciais, gostaria de apresentar as limitações desta pesquisa. Trata-se de um estudo transversal, o que dificulta inferir a causalidade dos achados. Além disso, ao avaliar dados secundários registrados em um sistema de informação, é possível que os profissionais não registrem o atendimento, as fichas podem ser perdidas ou ocorrerem erros ao serem digitadas, resultando em subnotificações. Por fim, ao avaliar apenas a ficha de

Atendimento Individual do e-SUS APS, acabamos não avaliando as atividades coletivas, que são importantes no cuidado em saúde mental, pois são registradas em outro instrumento.

Sobre o e-SUS APS, percebeu-se a necessidade de sua ampliação para a obtenção de mais informações durante os atendimentos em saúde mental, por exemplo: itens para registrar o uso de benzodiazepínicos; histórico de tentativa de suicídio; histórico de internação psiquiátrica recente; e acompanhamento no CAPS. Essas são algumas informações que poderiam ser registradas para a construção de outros indicadores, bem como para a melhora, por parte da gerência, da realidade de saúde mental municipal.

Outra crítica percebida em relação ao e-SUS APS é que ao serem digitadas as fichas de atendimento, quando o profissional registra como atendimento de “hipertensão arterial”, doença prioritária pelo MS, o diagnóstico (por CID 10 ou CIAP 2) é essencial para concluir o programa. Por outro lado, registrar o atendimento como “saúde mental” não exige nenhum diagnóstico para finalizar o registro no sistema, contribuindo assim para a subnotificação. Dessa maneira, torna-se importante a mudança no sistema, exigindo-se, portanto, o diagnóstico inicial nos casos de saúde mental.

O uso das informações a partir do e-SUS APS para a avaliação e planejamento em saúde pelos profissionais das eSF encontra dificuldade, pois os registros ficam centralizados na Secretaria de Saúde do município e não estão disponíveis pela internet. Além disso, os dados precisam ser trabalhados para a construção dos indicadores, necessitando de uma maior ação da gestão municipal em educação em saúde.

É necessário aprofundar os achados deste estudo e ampliar o debate, de modo que uma avaliação qualitativa poderia contribuir para o entendimento desses resultados. Conhecer as dificuldades encontradas pelos profissionais poderá contribuir para o desenvolvimento de estratégias para melhorar a assistência dos pacientes em sofrimento mental na APS. Essa etapa estava prevista no projeto original do estudo, porém, devido à pandemia do novo coronavírus, o acesso aos profissionais e as medidas de restrição impediram a sua realização.

A despeito das limitações apresentadas, esta pesquisa foi importante para contribuir com a avaliação do atendimento de saúde mental pelas eSF. Além disso, evidenciou-se que o monitoramento dos dados registrados no e-SUS APS pode fornecer informações para a construção de indicadores em saúde mental e, a partir deles, possibilitar uma melhor gestão do cuidado em cada município.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, D. R. et al. O cuidado aos portadores de sofrimento mental na atenção primária: uma prática interdisciplinar e multiprofissional. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 12, p. 420-425, jul. 2020. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/8388>>. Acesso em: 17 jan. 2021.

AMARANTE, P. **Loucos pela Vida: a Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SIAB: manual do sistema de informação de atenção básica**. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Pacto de Indicadores da Atenção Básica: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 3, n. 2, p. 221-224, 2003a. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292003000200013](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292003000200013)>. Acesso em: 22 jan. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários – inclusão das ações de saúde mental na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica n.º 34 – Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica n.º 39 – Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo do Pmaq para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e Nasf**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CAMARGO JR., K. R., COELI, C. M., MORENO, A. B. Informação e Avaliação em Saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. de. **Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

CARVALHO, A. L. B. Informação em saúde como ferramenta estratégica para a qualificação da gestão e o fortalecimento do controle social no SUS. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 3, n. 3, p. 16-30, 2009.

CARVALHO, M. C. A. Saúde Mental na Atenção Básica. In: JORGE, M. A. S.; CARVALHO, M. C. A.; SILVA, P. R. F. **Políticas e Cuidado em Saúde Mental**: contribuições para a prática profissional. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

COSTA NETO, M. C.; DIMENSTEIN, M. Cuidado Psicossocial em Saúde Mental em Contextos Rurais. **Trends Psychol**, Ribeirão Preto, v. 25, n. 4, p. 1653-1664, dez. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2358-1883201700401653&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2358-1883201700401653&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 jan. 2021.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C.; YASUI, S. **A Atenção Psicossocial**: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.

CRUZ, M. M. Avaliação de Políticas e Programas de Saúde: contribuições para o debate. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. V. F. (Org.) **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015.

DIMENSTEIN, M. et al. Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. **Mental**, Barbacena, v. 3, n. 5, p. 23-41, nov. 2005.

FORTES, S.; VILLANO, L.; LOPES, C. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petropolis, Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 32-37, mar. 2008.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAUJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, mar. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000300015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 fev. 2021.

GONCALVES, D. A. et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 623-632, mar. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2014000300623&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2014000300623&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 11 jan. 2021.

GUIBU, I. A. et al. Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 2, 17s, 2017. Disponível em: <[https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt\\_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007070.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007070.pdf)>. Acesso em: 15 fev. 2021.

HARTZ, Z. M. A. Avaliação em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

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 2019**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov>>.

br/media/com\_mediaibge/arquivos/7d410669a4ae85faf4e8c3a0a0c649c7.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE divulga as estimativas da população dos municípios para 2019**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-denoticias/releases/25278-ibge-divulga-as-estimativas-da-populacao-dos-municipios-para-2019>>. Acesso em: 29 jan. 2021.

KOHN, R. et al. Treatment gap in mental health care. **Bull World Health Organ**, v. 82, n. 11, p. 858-866, nov. 2004. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15640922/>>. Acesso em: 29 jan. 2021.

MENDES, M. F. M. **Como se conta o que se faz? O desafio de avaliar o cuidado nos serviços de Saúde Mental**. 2015. 148 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/143138/000994963.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 29 jan. 2021.

MORAES, M. C. L. **Indicadores de saúde mental nos sistemas de informações em saúde: em busca da intercessão da atenção psicossocial e atenção básica**. 2017. 125 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro, 2017.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PEREIRA, A. A.; ANDRADE, D. C. L. Estratégia Educacional em Saúde Mental para Médicos da Atenção Básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 4, p. 478-486, dez. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022017000400478&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022017000400478&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 jan. 2021.

PEREIRA, A. B. et al. Social profile of the unified health system user in primary health care. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, [S.l.], v. 2, n. 3, p. 94-98, jul. 2012. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/2746>>. Acesso em: 15 jan. 2021.

PEREIRA, R. M. P.; AMORIM, F. F.; GONDIM, M. F. N. A percepção e a prática dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a Saúde Mental. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 24, supl. 1, e190664, 2020. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141432832020000200212&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832020000200212&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 11 jan. 2021.

SANTOS, E. G.; SIQUEIRA, M. M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 238-246, 2010.

SILVA, A. S.; LAPREGA, M. R. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1821-1828, nov./dez., 2005.

SILVA FILHO, J. A. et al. Práticas de cuidado em saúde mental desenvolvidas por enfermeiros na Estratégia Saúde da Família. **Nursing (São Paulo)**, v. 23, n. 262, p. 3638-3642, mar. 2020. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1100402>>. Acesso em: 11 jan. 2021.

SOARES, E. V. B. **Atenção Básica e Informação**: análise do Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB) e estratégia e-SUS AB e suas repercussões para uma gestão da saúde com transparência. 2016. 43 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialista em Gestão Pública na Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

SOUZA, M. L. P. Registro de distúrbios mentais no Sistema de Informação da Atenção Básica do Brasil, 2014. **Epidemiologia Serviço & Saúde**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 405-410, jun. 2016. Disponível em <[http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742016000200405&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742016000200405&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 15 fev. 2021.

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 477-486, abr. 2009.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 821-828, 2012.

WENCESLAU, L. D.; ORTEGA, F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1121-1132, dez. 2015.

WONCA. World Organization of National Colleges. Associations of General Practitioners. Family Physicians. Elaborada pelo Comitê Internacional de Classificação da WONCA. **Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2)**. 2. ed. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression and Other Commons Mental Disorders**: Global Health Estimates. Geneva: WHO, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **MhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings**: Mental Health Gap Action Programme (mhGAP). Geneva: WHO, 2010.

## ANEXO A – Carta de Anuência



GOVERNO MUNICIPAL  
GABINETE DO PREFEITO  
QUIXERÉ – ADM “QUERO MAIS QUIXERÉ”  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



## CARTA DE ANUÊNCIA

A Secretaria Municipal de Saúde de Quixeré/Ceará declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado: Monitoramento do atendimento em saúde mental na Estratégia Saúde da Família: estudo de caso em município de pequeno porte do Ceará; sob responsabilidade do pesquisador Maximilo de Oliveira Ribeiro e orientado pelo Dr. Maximiliano Loiola Ponte de Souza, do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - PROFSAÚDE, vinculado ao Polo Fiocruz/Ceará.

Ciente dos objetivos e da metodologia da pesquisa acima citada, concedo a anuência para seu desenvolvimento, desde que me sejam assegurados os requisitos abaixo:

- O cumprimento das determinações éticas da Resolução nº466/2012 CNS/CONEP;
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa;
- No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresente o relatório final da pesquisa para o(s) gestor(es) e equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

Quixeré, 09 de março de 2020.

João Urânio Nogueira Ferreira  
Secretário de Saúde Municipal  
Secretaria de Saúde / Quixeré  
CPF 285.535.793-00  
Portaria 005.02.01/2017

Rua Padre Joaquim de Menezes, 1163  
Fone-Fax: (88) 3443.1107  
CNPJ 07.807.191/0001-47 - CGC 06.920.172-2





Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13																			
Problema/ Condição avaliada *	Doenças transmissíveis	Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
		Hanseníase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
		Dengue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
		DST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
	Rastreio	Câncer do colo do útero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
		Câncer de mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
		Risco cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
	Outros	CIAP-2																															
		CIAP-2																															
		CID-10																															
		CID-10																															
	Exames solicitados (S) e avaliados (A)	Colesterol total	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
		Creatinina	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S
EAS/EQU		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Eletrcardiograma		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Eletrforese de hemoglobina		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Espirometria		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Exame de escarro		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Glicemia		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
HDL		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Hemoglobina glicada		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Hemograma		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
LDL		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Retinografia/Fundo de olho com oftalmologista		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Sorologia de sífilis (VDRL)		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Sorologia para dengue		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Sorologia para HIV		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Teste indireto de antiglobulina humana (TIA)		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Teste de gravidez		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Ultrassonografia obstétrica		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Urocultura		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Triagem neonatal		Teste da orelhinha (EOA)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
		Teste do olhinho (TRV)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
		Teste do pezinho	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Outros exames (código do SIGTAP)		<input type="checkbox"/>	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
		<input type="checkbox"/>	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
		<input type="checkbox"/>	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
		<input type="checkbox"/>	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Ficou em Observação?		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO		
Nasf/Polo		Avaliação/Diagnóstico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Procedimentos Clínicos/Terapêutico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Prescrição terapêutica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conduta/Desfecho *	Retorno para consulta agendada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Retorno p/ cuidado continuado/programado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Agendamento para grupos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Agendamento p/ NASF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Alta do episódio	Encaminhamento interno no dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Encaminhamento p/ serviço especializado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Encaminhamento p/ CAPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Encaminhamento p/ internação hospitalar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Encaminhamento p/ urgência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Encaminhamento p/ serviço de Atenção Domiciliar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encaminhamento intersetorial		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

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

**Local de Atendimento:** 01 - UBS    02 - Unidade móvel    03 - Rua    04 - Domicílio    05 - Escola/Creche    06 - Outros    07 - Polo (Academia da Saúde)

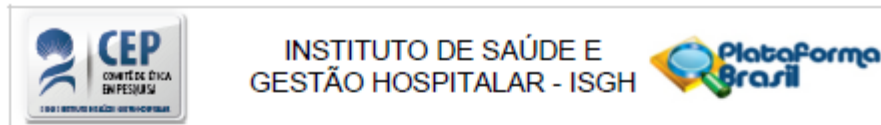
**Aleitação materna:** 01 - Exclusivo    02 - Predominante

**Racionalidade em saúde:** 01 - Medicina Tradicional Chinesa    02 - Antroposofia Aplicada à Saúde

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

\* Campo obrigatório

## ANEXO C – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** MONITORAMENTO DO ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ESTUDO DE CASO EM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE DO CEARÁ.

**Pesquisador:** MAXIMILÃO DE OLIVEIRA RIBEIRO

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 30765420.1.0000.5684

**Instituição Proponente:**

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.528.818

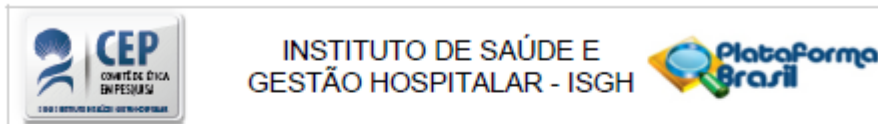
#### Apresentação do Projeto:

As informações nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retirados do arquivo Informações Básicas do Projeto (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1538889.pdf) e projeto detalhado (Maximilão\_Ribeiro\_Projeto\_Detalhado.docx).

#### INTRODUÇÃO

Cerca de 80% das pessoas que necessitam de atendimento em saúde mental, em países de baixa e média renda, não obtêm. Mesmo quando são assistidos, as intervenções em geral não são de boa qualidade e sem critérios em evidências científicas. Há atualmente um consenso internacional de que a problemática da saúde mental no mundo é cada vez mais relevante (WHO, 2010). As pesquisas focadas na temática da saúde mental global demonstram que um dos principais alvos de investigação é o chamado "gap" ou hiato terapêutico (KOHN et al., 2004). Sendo detectado que uma considerável parcela das pessoas com adoecimento mental não recebe tratamento adequado ou nem mesmo é diagnosticado. Muitos transtornos mentais já contam com tratamentos efetivos (WHO, 2010), porém existe uma importante dificuldade de acesso a eles. A média global de pacientes sem tratamento para esquizofrenia e depressão é alta, estimada respectivamente em 32,2% e 56,3% (KOHN et al., 2004). No Brasil, os estudos sobre a prevalência de transtornos

Endereço: Rua Socorro Gomes, 190  
 Bairro: Guajuru CEP: 60.843-070  
 UF: CE Município: FORTALEZA  
 Telefone: (85)3195-2767 Fax: (85)3195-2765 E-mail: cepisgh@gmail.com



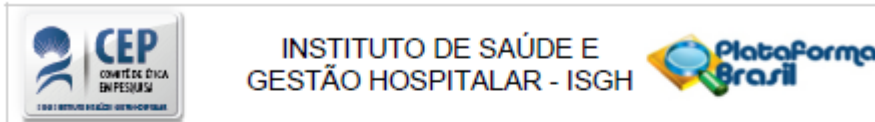
Continuação do Parecer: 4.528.818

mentais na população apontam taxas que variam entre 20% a 56% (SANTOS; SIQUEIRA,2010). Os transtornos ansiosos e a depressão são as principais causas de adoecimento mental no país, representando 9,3% e 5,8% da população (WHO, 2017).

A demanda de saúde mental está presente nos diversos atendimentos que chegam à atenção básica à saúde (ABS). Cerca de uma em cada três pessoas que procuram a ABS tem algum transtorno mental, já os pacientes com sofrimento mental pouco abaixo do limiar diagnóstico representam cerca da metade dos atendimentos (FORTES; VILLANO; LOPES, 2008).

No âmbito da ABS, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi criada para mudar o antigo modelo assistencial em saúde, caracterizado por oferecer atenção individualista, curativa, medicalizante, centrada no médico e pouco resolutiva. A ESF priorizou ações de promoção e prevenção à saúde e serviços mais próximos da comunidade (DIMENSTEIN et al., 2005). A ESF é responsável pelo primeiro contato dos pacientes ao sistema de saúde, especialmente daqueles que precisam de cuidado em saúde mental. Dessa maneira, é comum que o profissional de saúde atenda frequentemente pacientes em situações de sofrimento psíquico (BRASIL, 2013). Segundo a OMS (2008 apud WENCESLAU; ORTEGA, 2015), há sete principais razões para integração da saúde mental à ABS: (1) a elevada carga de doença dos transtornos mentais; (2) a conexão entre problemas de saúde física e mental; (3) o enorme gap terapêutico dos transtornos mentais. Além disso, a atenção básica, em especial, oferece para a saúde mental: (4) aumento do acesso, (5) promoção dos direitos humanos neste campo; (6) disponibilidade e custo-efetividade, e (7) bons resultados clínicos (WENCESLAU; ORTEGA, 2015, p. 1123). Atualmente, trabalho no município de Quixeré, 200 km de Fortaleza/Ceará, com cerca de 21 mil habitantes e com rede de saúde formada por nove equipes de saúde da família (eSF). Trabalhei durante dois anos (2013 e 2014) em uma das equipes da zona rural, fiquei afastado por três anos para especialização em psiquiatria. Retornei à cidade em 2017 para organizar um ambulatório de saúde mental, estando atuando como psiquiatra até então. Conhecendo as duas realidades de atendimento, ou seja, na atenção básica e na atenção secundária como psiquiatra, tive a oportunidade de perceber como estava o cuidado em saúde mental no município. Havia uma alta demanda por atendimento especializado e um claro hiato terapêutico, pois muitos pacientes já eram acompanhados na atenção básica e não recebiam tratamento para o seu adoecimento mental, ou era feito de forma pouco efetiva. Há muita dificuldade em monitorar os atendimentos de saúde mental realizados pelas eSF. Não há informações claras sobre a prevalência de pacientes com transtornos mentais em acompanhamento ou quais os diagnósticos realizados. Como apresentado anteriormente, os

Endereço: Rua Socorro Gomes, 190  
 Bairro: Guajeru CEP: 60.843-070  
 UF: CE Município: FORTALEZA  
 Telefone: (85)3195-2767 Fax: (85)3195-2765 E-mail: cepisgh@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.528.618

estudos apontam que é alta a demanda por atendimento em saúde mental na ABS, contudo as informações registradas pelos profissionais não corroboram esses achados. Quando analisamos os dados gerados pelos sistemas de informação, por exemplo, são poucos os itens sobre saúde mental que precisam ser registrados e não há indicadores suficientes relacionados ao atendimento dessa demanda. A informação em saúde “é fundamental para a alimentação de processos racionais e contínuos que favorecem à tomada de decisão e conduzem ao desenvolvimento de ações e atividades capazes de impactar a situação de saúde” (CARVALHO, 2009, p. 5). O registro da informação é a etapa primordial para a produção de dados e indicadores em saúde, ela pode ser prejudicada caso o sistema de informação não ofereça um completo registro dos atendimentos ou os profissionais não o utilizem corretamente. Desde 2013, o Ministério da Saúde (MS) vem implantando o novo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), por meio da estratégia “e-SUS AB”. Ainda há poucos estudos sobre o impacto dessas mudanças nos sistemas de informação brasileiro, com a transição do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) para o e-SUS AB. Além disso, é importante avaliar como é o registro dos atendimentos em saúde mental, entender como o sistema funciona, quais informações são geradas, como é a percepção dos profissionais que o utilizam quando registram os atendimentos e quais mudanças devem ser avaliadas para otimizar esse processo. Dessa maneira, esse projeto surge a partir de vários questionamentos importantes: Os profissionais médico e enfermeiro da ABS conseguem detectar a presença de transtorno mental nos pacientes que demandam atendimento? O médico consegue realizar algum diagnóstico inicial nos pacientes com transtorno mental? O e-SUS AB pode ser uma ferramenta eficaz para monitorar o atendimento de saúde mental na ABS?

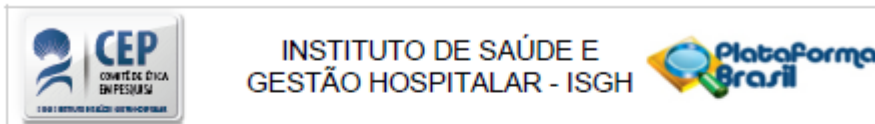
#### HIPÓTESE

O e-SUS AB pode ser uma ferramenta para monitorar o atendimento da demanda de saúde mental na estratégia saúde da família?

#### METODOLOGIA

O presente estudo de caso investigará uma forma de monitoramento do atendimento de pacientes com demandas na área de saúde mental, no município de Quixeré, Ceará, feito por médicos e enfermeiros, nas nove equipes de saúde da família. Será realizado no segundo semestre de 2020 e a coleta de dados será dividida em duas etapas: Na primeira, será analisado os registros dos atendimentos realizados pelos médicos e enfermeiros durante o segundo semestre de 2019, a partir de dados secundários dos relatórios consolidados do e-SUS AB; Na segunda, será realizado

Endereço: Rua Socorro Gomes, 190  
 Bairro: Guajuru CEP: 60.843-070  
 UF: CE Município: FORTALEZA  
 Telefone: (85)3195-2767 Fax: (85)3195-2765 E-mail: cepisgh@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.528.818

entrevistas semiestruturadas com esses profissionais a partir de um questionário desenvolvido para a pesquisa.

#### ANÁLISE DOS DADOS

A avaliação quantitativa será realizada a partir de dados secundários disponíveis no e-SUS AB. A proposta do projeto é usar essas informações para identificar duas características básicas: capacidade das equipes em detectar transtornos mentais nos pacientes atendidos; capacidade do médico de oferecer um diagnóstico inicial ao paciente com transtorno mental.

As variáveis analisadas a partir dos relatórios do e-SUS AB são: Atendimento de Transtorno Mental (TM); Diagnóstico de TM; Perfil do atendimento quanto ao Diagnóstico de TM; Para verificar a magnitude da ocorrência do registro de TM na ABS, além dos números absolutos e percentuais de registros, dois indicadores serão desenvolvidos especialmente para esse fim: Razão de Atendimento de Transtorno Mental (RATM): tendo como numerador, o número de casos de TM registrados na Atenção Básica, e como denominador, o total de atendimentos; Razão de Diagnóstico de Transtorno Mental (RDTM): tendo como numerador, o número de diagnósticos de TM registrados, e como denominador, o total de atendimentos de TM registrados. A entrevista dos profissionais será individual e com duração estimada em trinta minutos, após permissão do entrevistado será feito a gravação do áudio e o roteiro das perguntas adotado para todos será o mesmo. A análise dos dados coletados será realizada a partir da triangulação dos dados. Os dados encontrados na etapa quantitativa, principalmente os indicadores, serão separados por cada equipe, além disso, será calculado a média geral das nove equipes do município. Esta informação encontrada será apresentada aos profissionais das equipes na entrevista, produtores da informação, permitindo uma autoavaliação dos achados. A avaliação das entrevistas será feita por meio da técnica da análise do conteúdo (Bardin, 2011).

#### Objetivo da Pesquisa:

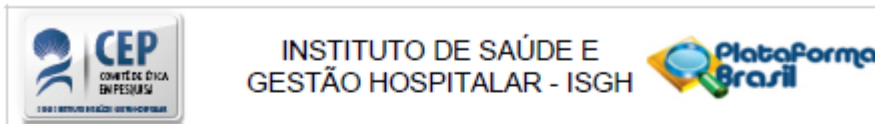
##### Objetivo Primário

- Avaliar o uso do e-SUS AB para monitorar o atendimento de pacientes com demandas na área de saúde mental e a percepção dos profissionais sobre esse atendimento, no município de Quixerê/Ceará, por médicos e enfermeiros, em suas diferentes equipes de saúde da família.

##### Objetivos Secundários

- Estimar o percentual de registros de atendimentos.
- Analisar a completude de registros de diagnósticos específicos.

Endereço: Rua Socorro Gomes, 190  
 Bairro: Guajuru CEP: 60.843-070  
 UF: CE Município: FORTALEZA  
 Telefone: (85)3195-2767 Fax: (85)3195-2765 E-mail: cepisgh@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.528.818

- Caracterizar o perfil de diagnósticos de transtornos mentais.
- Investigar as representações dos profissionais a respeito dos limites e potencialidades do uso do e-SUS AB como instrumento para monitoramento dos atendimentos de saúde mental.
- Pesquisar as representações dos profissionais a respeito do atendimento da demanda de saúde mental.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos**

"Possível constrangimento no fornecimento de algumas informações pessoais, o tempo necessário para a entrevista e a divulgação dos relatórios de atendimento do e-SUS AB da equipe. Devido à grande quantidade de informações, serão necessários pelo menos trinta minutos para a coleta de todas as informações necessárias."

**Benefícios**

"A partir da realização da pesquisa é esperado uma compreensão melhor sobre os registros das demandas de saúde mental no sistema de informação da atenção básica. Dessa maneira, nós críticos podem ser detectados e sugestões podem contribuir para melhorar esse processo."

Aprimorando a coleta de informações, a gestão e os profissionais podem avaliar melhor a situação de saúde mental no território e planejar ações necessárias. Além disso, resultará em uma melhor compreensão sobre o atendimento realizado, o que beneficiará indiretamente os pacientes.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto pretende verificar se o sistema e-SUS AB pode ser uma ferramenta para monitorar o atendimento de pacientes com demanda na área de saúde mental na ESF, observando seus limites e potencialidades, como também compreender as representações dos médicos e enfermeiros a respeito do atendimento da demanda de saúde mental na ESF.

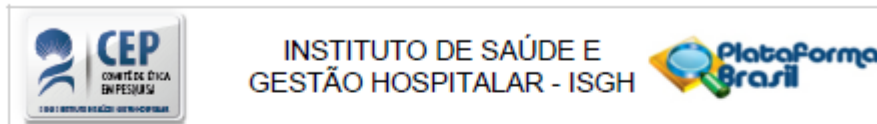
**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Anexados na Plataforma Brasil os documentos obrigatórios para execução da pesquisa: Folha de Rosto; Carta de Anuência; Sigilo dos Dados; Termo de Consentimento Livre Esclarecido; Projeto detalhado; Cronograma; Orçamento.

**Recomendações:**

- Recomenda-se a comunicação e registro de quaisquer alterações realizadas no protocolo de pesquisa aos Comitês de Ética em Pesquisa e Centros Participantes.

Endereço: Rua Socorro Gomes, 190  
 Bairro: Guajuru CEP: 60.843-070  
 UF: CE Município: FORTALEZA  
 Telefone: (85)3195-2767 Fax: (85)3195-2765 E-mail: cepisgh@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.528.618

- Recomenda-se que ao término da pesquisa, o pesquisador realize a devolutiva dos resultados da pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar por meio do envio do Relatório Final de Pesquisa na aba Notificações da Plataforma Brasil e para as Instituições participantes.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Pesquisador realizou os ajustes de pendências contidas no parecer consubstanciado anterior:

Pendência 1: Inserir os dados do Comitê de Ética do ISGH no TCLE.

SITUAÇÃO: pesquisador inserir informações referente ao CEP ISGH no TCLE.

Pendência 2: Inserir Termo de Ciência sobre a Pesquisa (Carta de Anuência)

SITUAÇÃO: Inserido em anexo a Carta de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Quixerê.

PENDÊNCIA 3: Inserir Termo de Sigilo dos Dados.

SITUAÇÃO: Anexado Termo de Sigilo do Dados.

PENDÊNCIA 4: Adequação da População de Estudo com o período de coleta de dados.

SITUAÇÃO: Inserido população do estudo.

PENDÊNCIA 5: Ajustar Cronograma com base na próxima reunião do CEP.

SITUAÇÃO: Atualizado cronograma de execução da pesquisa.

A pesquisa atende as Resoluções CNS/MS 466/2012, 510/2016 e complementares estando de acordo com os preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos.

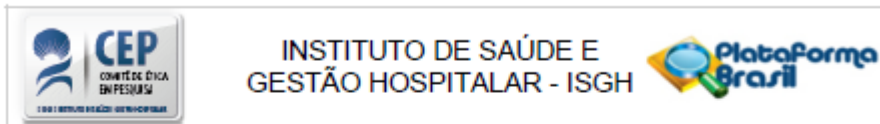
**Considerações Finais a critério do CEP:**

Parecer Ad-Referendum acata o parecer da relatoria quanto à aprovação do projeto de pesquisa, visto atender a apresentação dos documentos obrigatórios e seguir os preceitos éticos. A pesquisa deve ser desenvolvida mediante delineamento do protocolo aprovado, informando efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o fluxo das normas da pesquisa. Emendas ou modificações ao protocolo devem ser enviadas ao CEP para apreciação ética. Ao término da pesquisa, enviar relatório final para a Instituição participante e CEP/ISGH.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1538889.pdf	22/07/2020 21:39:05		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE.docx	22/07/2020 21:38:20	MAXIMILIO DE OLIVEIRA RIBEIRO	Aceito

Endereço: Rua Socorro Gomes, 190  
 Bairro: Guajerú CEP: 60.843-070  
 UF: CE Município: FORTALEZA  
 Telefone: (85)3195-2767 Fax: (85)3195-2765 E-mail: cepisgh@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.528.818

Justificativa de Ausência	TCLE.docx	22/07/2020 21:38:20	MAXIMILLO DE OLIVEIRA RIBEIRO	Aceito
Outros	TERMO_DE_CIENCIA_E_ANUENCIA_SOBRE_PESQUISA_CIENTIFICA.docx	22/07/2020 21:37:40	MAXIMILLO DE OLIVEIRA RIBEIRO	Aceito
Outros	termo_sigilo_dos_dados.docx	22/07/2020 21:35:48	MAXIMILLO DE OLIVEIRA RIBEIRO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Maximililo_Ribeiro_Projeto_Detalhado.docx	22/07/2020 21:33:58	MAXIMILLO DE OLIVEIRA RIBEIRO	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	11/04/2020 16:48:41	MAXIMILLO DE OLIVEIRA RIBEIRO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FORTALEZA, 08 de Fevereiro de 2021

Assinado por:  
Jamille Soares Moreira Alves  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Socorro Gomes, 190  
Bairro: Guajuru CEP: 60.843-070  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85)3195-2767 Fax: (85)3195-2765 E-mail: cepisgh@gmail.com



## ANEXO D – Norma do Periódico



### INSTRUÇÕES PARA OS AUTORES

- [Escopo e Política](#)
- [Forma e preparação de manuscritos](#)
- [Preparando manuscritos para submissão](#)
- [Análise e aceitação do manuscrito](#)
- [Enviando os manuscritos](#)

#### Escopo e Política

*Epidemiologia e Serviços de Saúde* : periódico do Sistema Único de Saúde (RESS) é um periódico científico de acesso aberto, publicado trimestralmente em formato eletrônico e impresso, editado pela Coordenação-Geral para o Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços de Saúde, Departamento de Articulação Estratégica em Vigilância em Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde ( CGDEP / DAEVS / SVS / MS ). Sua principal missão é disseminar conhecimentos epidemiológicos aplicáveis à vigilância, prevenção e controle de doenças relevantes à Saúde Pública, visando à melhoria dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A RESS segue a orientação das *Recomendações* do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE) para a *Condução, Relatório, Edição e Publicação de Trabalho Acadêmico em Revistas Médicas*, disponível em <http://www.icmje.org/> (inglês) e <http://www.goo.gl/nCN373> (português) - também conhecido como "Vancouver Style" - e endossa os princípios éticos para publicação especificados pelo código de conduta do Committee on Publication Ethics (COPE), disponível em [http://publicationethics.org/files/Code\\_of\\_Conduct\\_2.pdf](http://publicationethics.org/files/Code_of_Conduct_2.pdf).

A RESS possui um Termo de Ética na Publicação, disponível em <http://ress.iec.gov.br/ress/home/carregarPagina?lang=pt&p=eticaPublicacao>, que expressa o compromisso ético de nossa revista - bem como de todas as pessoas físicas envolvidas na publicação de artigos na RESS, incluindo autores, revisores ad hoc, o editor-chefe, todos os demais editores, a Secretaria de Vigilância em Saúde ( SVS / MS ) e a Editora do Ministério da Saúde - por meio do adoção de boas práticas de publicação científica.

#### Forma e preparação de manuscritos

O Conselho Editorial da revista aceita manuscritos nos seguintes tipos de manuscritos:

a) **Artigo original** - resultados de pesquisas não publicadas em uma ou mais das diversas áreas temáticas dentro da vigilância, prevenção e controle de doenças, relevantes para a saúde pública, tais como doenças transmissíveis, doenças crônicas não transmissíveis, análise da situação de saúde, promoção da saúde, ocupacional vigilância em saúde, vigilância em saúde ambiental, respostas a emergências de saúde pública, políticas e gestão de vigilância em saúde e desenvolvimento de epidemiologia em serviços de saúde (limite de palavras: 3.500 excluindo resumos, tabelas, figuras e referências); até cinco tabelas e / ou figuras);

b) **Artigo de revisão**

b.1) **Artigo de revisão sistemática** - apresentação de um resumo dos resultados do estudo original com o objetivo de responder a uma questão específica; os artigos devem descrever detalhadamente o processo de busca dos estudos originais e os critérios para sua inclusão na revisão; podem ou não apresentar o procedimento para obtenção da síntese quantitativa dos resultados em formato de metanálise (limite de palavras: 3.500 excluindo resumos, tabelas, figuras e referências); até cinco tabelas e / ou figuras)

b.2) **Artigo de revisão narrativa** - uma análise crítica do material publicado, uma discussão aprofundada sobre um tema relevante para a saúde pública ou uma atualização sobre um assunto controverso ou emergente; deve ser elaborado por especialista na área, a convite dos editores (limite de palavras: 3.500 sem resumos, tabelas, figuras e referências; até cinco tabelas e / ou figuras).

c) **Nota de pesquisa** - um breve relato de resultados finais ou parciais (notas anteriores) de pesquisa original, relevante para o escopo da revista (limite de palavras: 1.500 excluindo resumos, tabelas, figuras e referências; até três tabelas e / ou figuras);

d) **Relato de experiência** - descrição de experiência em epidemiologia, vigilância, prevenção e controle de doenças, com relevância para a saúde pública; a ser submetido a convite dos editores (limite de palavras: 2.500 sem resumos, tabelas, figuras e referências; até quatro tabelas e / ou figuras);

e) **Artigo de opinião** - relato conciso de assuntos específicos que expressam a opinião qualificada dos autores; a ser submetido a convite dos editores por especialista no assunto (limite de palavras: 1.500 sem resumos, tabelas, figuras e referências; até duas tabelas e / ou figuras);

f) **Debate** - artigo teórico elaborado por especialista convidado pelos editores, que será criticado e comentado por meio de respostas assinadas por outros especialistas convidados (limite de palavras: 3.500 para o artigo excluindo resumos, tabelas, figuras e referências; 1.500 para cada resposta ou tréplica, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).

g) **Investigação de eventos de interesse para a saúde pública** - descrição de experiência em epidemiologia, vigilância, prevenção e controle de doenças, com relevância para a saúde pública; a ser submetido a convite dos editores (limite de palavras: 2.500 excluindo resumos, tabelas, figuras e referências; até quatro tabelas e / ou figuras).

A RESS aceita cartas (limite de palavras: 400) com comentários ou críticas breves, geralmente relacionados a um artigo publicado na edição anterior mais recente. As cartas podem ser publicadas por decisão dos editores e uma resposta dos autores do artigo comentado será publicada junto com a carta.

Outros formatos podem ser aceitos pelos editores como **Entrevistas** com personalidades ou autoridades (limite de palavras: 800) **Resenhas** de livros pertinentes ao escopo da RESS publicados nos últimos dois anos (limite de palavras: 800), Artigos de séries temáticas e Notas Editoriais.

#### Responsabilidade dos

autores Os autores são responsáveis pela veracidade e singularidade do manuscrito. Os manuscritos submetidos devem ser acompanhados de Termo de Responsabilidade, assinado por todos os autores, que declare que o trabalho não foi publicado anteriormente, total ou parcialmente, em formato impresso ou eletrônico, nem foi submetido para publicação em outras revistas e que todos os autores participaram da preparação de seu conteúdo intelectual.

#### Declaração de responsabilidade

A declaração de responsabilidade deve ser escrita de acordo com o seguinte modelo:

Os autores do manuscrito intitulado (título do manuscrito), submetido à *Epidemiologia e Serviços de Saúde: periódico do Sistema Único de Saúde*, declaram que:

uma. Este manuscrito é original e nenhum de seus conteúdos, seja completo, parcial ou substancial, foi publicado ou submetido para publicação em outra revista, ou qualquer outro tipo de publicação, seja em formato impresso ou eletrônico;

b. Todos os autores listados no manuscrito participaram efetivamente do estudo e assumem a responsabilidade pública por seu conteúdo;

c. A versão final do manuscrito foi aprovada por todos os autores;

d. Nenhum dos autores tem conflito de interesses em relação a este manuscrito (ou) há conflitos de interesse entre os autores deste manuscrito (se houver conflito (s), eles devem ser mencionados aqui).

(Inclua o local, a data e os nomes dos autores, os quais, sem exceção, devem assinar a Declaração de Responsabilidade).

Os itens da declaração de responsabilidade estão na primeira etapa da submissão online de manuscritos. Além disso, o documento assinado por todos os autores deve ser digitalizado e anexado na etapa 4 - Transferência de documentos complementares.

#### **Crítérios de autoria Os critérios de**

autoria devem ser baseados nos requisitos do estilo ICMJE / Vancouver. O reconhecimento de autoria deve ser baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: (i) concepção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados; (ii) redação ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual do manuscrito; (iii) aprovação final da versão a ser publicada; e (iv) responsabilidade por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua exatidão e integridade. Todos os identificados como autores devem estar de acordo com os quatro critérios de autoria, e todos os que se enquadram nesses critérios devem ser identificados como autores.

Ao assinar o Termo de Responsabilidade, os autores reconhecem a participação de todos na redação do manuscrito e assumem a responsabilidade pública pelo seu conteúdo. Um parágrafo deve ser incluído ao final do manuscrito informando a contribuição de cada autor em sua elaboração.

Segundo o ICMJE, o reconhecimento das pessoas que contribuíram em alguma etapa, mas não atendem aos critérios de autoria, pode ser feito na sessão de agradecimentos, podendo ser identificadas individualmente ou em grupos.

#### **Agradecimentos**

Quando cabível, recomendamos aos autores nomear ao final do manuscrito aqueles que participaram do estudo, mesmo que não atendam aos critérios de autoria aqui adotados. Os autores são responsáveis por obter a autorização por escrito dessas pessoas antes de nomeá-las em seus Agradecimentos, haja vista a possibilidade de o leitor inferir que essas pessoas estão endossando os dados do estudo e suas conclusões. Agradecimentos às instituições pelo apoio financeiro ou logístico ao estudo também podem ser mencionados. Agradecimentos pessoais, como "... a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para o projeto...", devem ser evitados. As instituições que forneceram apoio financeiro ou logístico ao estudo devem ser citadas na página de rosto.

#### **Fontes de financiamento**

Os autores devem revelar todas as fontes de financiamento ou apoio, institucionais ou privadas, para o estudo e mencionar o número de processos. Os fornecedores que fornecem materiais, equipamentos, insumos ou medicamentos gratuitamente ou com descontos também devem ser descritos como fontes de financiamento, bem

como indicar a cidade, estado e país de origem. Essas informações devem ser incluídas na Declaração de Responsabilidade e na página de título.

#### **Conflitos de interesse Conflitos de interesse dos**

autores são situações nas quais eles têm interesse, aparente ou não, capaz de influenciar o processo de preparação do manuscrito. São diversos conflitos pessoais, comerciais, políticos, acadêmicos ou financeiros aos quais qualquer pessoa pode estar sujeita. Por esse motivo, caso existam, os autores devem reconhecê-los e revelá-los na Declaração de Responsabilidade assinada, ao submeter seu manuscrito para publicação.

#### **Ética em pesquisa envolvendo seres humanos**

Os autores são os únicos responsáveis pelo cumprimento dos preceitos éticos relativos à condução da pesquisa e dos relatórios nela contidos, de acordo com as recomendações de ética contidas na Declaração de Helsinque (disponível em <http://www.wma.net>) No caso de pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, os autores devem cumprir integralmente as normas estabelecidas na Resolução CNS nº 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 (disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>); Nº 510, de 7 de abril de 2016 (disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>); bem como resoluções complementares para situações especiais. Os procedimentos éticos utilizados em pesquisas devem ser descritos no último parágrafo da seção Métodos, indicando o número de aprovação dado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Sempre que pertinente, os autores devem informar o número do protocolo e a data de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa para ensaio clínico,

- Registro de Ensaios Clínicos da Nova Zelândia da Austrália (ANZCTR)
- ClinicalTrials.gov
- Número Internacional de Ensaios Clínicos Randomizados (ISRCTN)
- Registro de Ensaios Neerlandais (NTR)
- Registro de Ensaios Clínicos UMIN (UMIN-CTR)
- Plataforma de Registro Internacional de Ensaios Clínicos da OMS (ICTRP)

Para revisões sistemáticas, é desejável o número do protocolo PROSPERO (International Prospective Register of Systematic Reviews).

#### **Direito de reproduzir manuscritos**

O conteúdo publicado pela revista *Epidemiology and Health Services* está sob licença Creative Commons BY-NC. A reprodução total ou parcial, tradução para outras línguas ou vinculação eletrônica por outras revistas só é permitida mediante atendimento aos requisitos deste licença, que inclui a possibilidade de compartilhar e adaptar o material, desde que seja dado o crédito adequado e não seja para fins comerciais.

Os autores devem estar de acordo com os seguintes termos:

- a) Os autores mantêm os direitos autorais e garantem a esta revista o direito de publicação em primeira mão. O trabalho também será licenciado pela Creative Commons Attribution, que permite o compartilhamento do trabalho, desde que seja reconhecida a autoria e publicação inicial dos artigos.
- b) Os autores podem assinar contratos adicionais separados para distribuição não exclusiva da versão publicada nesta revista (ex: publicação em repositório institucional, ou como capítulo de livro), desde que reconhecida a autoria e publicação inicial dos artigos.
- c) Os autores são autorizados e até mesmo incentivados a publicar e distribuir seus trabalhos online (ex: em repositórios institucionais ou em seu site pessoal), a qualquer momento antes ou durante o processo editorial, pois pode trazer mudanças positivas, e também aumentar o impacto e citação do

trabalho publicado. Os autores são autorizados e até estimulados a publicar e distribuir seus trabalhos online (ex: em repositórios institucionais ou em seu site pessoal), a qualquer momento antes ou durante o processo editorial, pois pode trazer mudanças positivas, além de aumentar o impacto e citação de o trabalho publicado.

### Preparando manuscritos para submissão

Ao preparar os manuscritos, os autores devem seguir as Recomendações do ICMJE para a Conduta, Relatório, Edição e Publicação de Trabalhos Acadêmicos em Revistas Médicas.

A versão original está disponível em <http://www.icmje.org>. A versão traduzida para o português foi publicada na RESS v. 23, nº 3, 2015 e está disponível em <https://goo.gl/HFaUz7>

A estrutura do manuscrito deve estar de acordo com o desenho do estudo.

As principais diretrizes relevantes para o escopo RESS são descritas a seguir:

- Estudos observacionais (coorte, caso-controle e transversal): declaração STROBE (Fortalecendo o Relatório de Estudos Observacionais em Epidemiologia), disponível em: [www.strobe-statement.org](http://www.strobe-statement.org).
- Ensaios clínicos: declaração CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials), disponível em: <http://www.consort-statement.org/>.
- Revisões sistemáticas: Declaração PRISMA (Itens de relatório preferidos para revisões sistemáticas e meta-análises), disponível em: [www.prisma-statement.org/](http://www.prisma-statement.org/) (inglês) e <https://goo.gl/NfUawv> (português).
- Estimativas de saúde: GATHER (Guidelines for Accurate and Transparent Health Estimates Reporting), disponível em: <http://gather-statement.org/> (inglês) <https://goo.gl/VXLMhW> (português).
- Sex and Gender Reporting: SAGER (Sex and Gender Equity in Research), disponível em: <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/sager-guidelines/> (inglês) e <https://goo.gl/zWTZqy> (português)

#### Formato do

manuscrito Os manuscritos devem ser redigidos em português. Devem ser em espaço duplo, utilizando fonte Times New Roman, tamanho 12, em Rich Text Format (RTF) ou Documento Word (DOC), utilizando folhas de tamanho A4 padrão com margens de 3 cm. Notas de rodapé não serão aceitas.

Cada manuscrito deve incluir:

#### Página de rosto

- a) Tipo de manuscrito;
- b) Título do manuscrito, em português, inglês e espanhol;
- c) Título abreviado, para servir de referência no cabeçalho de cada página;
- d) Nome de todos os autores, afiliação institucional (até três níveis), cidade, estado, país, ID do ORCID e e-mail de cada um dos autores. No caso de autores com mais de uma afiliação institucional, sugerimos que sejam incluídos separadamente
- e) endereços Nome do autor correspondente, endereço completo, e-mail e telefone
- f) Informações sobre monografias, dissertações ou teses que originaram o manuscrito, nomeando o autor e ano da defesa, e todas as instituições envolvidas no estudo, se for o caso; e
- g) Créditos para patrocinadores e financiadores de pesquisas (incluir o número do processo), se aplicável.

#### Resumo (Abstract em português)

Parágrafo único contendo até 150 palavras, abrangendo as seguintes seções: Objetivo (Objetivo); Métodos (Métodos); Resultados (resultados); e Conclusão (Conclusão) Para relato de experiência, o resumo deve ser escrito em um parágrafo, contendo 150 palavras, não necessariamente em formato estruturado

#### Palavras-chave (Keywords em português)

Quatro a seis palavras-chave devem ser selecionadas da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), vocabulário estruturado pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, também conhecido por seu nome original como Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), (Biblioteca Regional de Medicina). O DeCS foi criado para padronizar uma linguagem única para indexação e recuperação de documentos científicos (disponível em <http://decs.bvs.br>).

#### Resumo

Versão em inglês do abstract em português, contendo as seguintes seções: Objetivo; Métodos; Resultados; e Conclusão.

#### Palavras-chave

Versão em inglês dos mesmos descritores selecionados do DeCS.

#### Resumo (Resumo em espanhol)

Versão em espanhol do resumo, contendo as seguintes seções: Objetivos; Métodos; Resultados; e Conclusão.

#### Palabras llave (Palavras-chave em espanhol)

Versão em espanhol dos mesmos descritores selecionados do DeCS.

#### Texto do manuscrito completo Manuscritos de

artigos originais e notas de pesquisa devem compreender as seguintes seções, nesta ordem: Introdução; Métodos; Resultados; Discussão; e referências. As tabelas e figuras serão referenciadas na seção Resultados e incluídas no final do artigo, sempre que possível, ou em arquivo separado (em formato editável).  
Conteúdo e definições da seção:

**Introdução** - Apresentação do problema que gerou a questão de pesquisa, o motivo apresentado e o objetivo do estudo, nesta ordem.

**Métodos** - Descrição do desenho do estudo, da população estudada, dos métodos utilizados, incluindo, quando aplicável, o cálculo do tamanho da amostra, métodos de amostragem, procedimento de coleta de dados, variáveis estudadas e suas categorias, processamento dos dados e procedimentos de análise; quando os estudos envolvem seres humanos ou animais, as considerações éticas relevantes devem ser tratadas (consulte a seção Ética em pesquisas envolvendo seres humanos).

**Resultados** - Apresentação dos resultados alcançados. Pode se referir a tabelas e figuras autoexplicativas (ver item Tabelas e Figuras a seguir).

**Discussão** - Comentários sobre os resultados alcançados, suas implicações e limitações; comparação do estudo com outras publicações e literatura científica relevante ao assunto O último parágrafo deve conter as conclusões e as implicações dos resultados para os serviços ou políticas de saúde.

**Agradecimentos** - Incluir após a seção de Discussão. Eles devem ser limitados ao mínimo necessário.

**Contribuições dos autores** - Um parágrafo que descreve a contribuição específica de cada autor.

**Referências** - O sistema numérico deve ser utilizado no texto ao citar referências; os números devem ser colocados em sobrescrito acima do texto, sem colchetes, imediatamente após a citação e separados uns dos outros por vírgulas; no caso de referências com números sequenciais, devem ser separadas por hífen, numerando apenas a primeira e a última referência do intervalo sequencial (ex: 7,10-16); eles devem ser colocados após a seção de contribuição dos autores. As referências devem ser listadas na mesma ordem das citações no texto; em cada referência os seis primeiros autores podem ser citados; se houver mais de seis autores, a expressão latina "et al" deve ser usada para se referir ao restante de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>) ou Portal de Revistas Científicas em Saúde (<http://portal.revistas.bvs.br>); os títulos de periódicos, livros e editoras devem ser escritos por extenso; não devem ser feitas mais de 30 citações; para artigos de revisão sistemática e metanálise, não há limite para o número de citações, mas o manuscrito deve respeitar o limite de palavras definido nestas Instruções; Sempre que possível incluir o DOI do documento citado; O formato de referência deve estar de acordo com as *Recomendações do ICMJE para a Conduta, Relatório, Edição e Publicação de Trabalho Acadêmico em Revistas Médicas* (<http://www.icmje.org/>) e o Manual de Referência e Citação Médica da equipe da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>), com adaptações de acordo com os seguintes exemplos:

#### Artigos de periódicos

1. Damacena GN, Szwarcwald CL, Malta, DC, Souza Júnior PRB, Vieira MLFP, Pereira CA, et al. O processo de desenvolvimento da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil, 2013. *Epidemiol Serv Saude*. 2015 abr-jun; 24 (2): 197-206. doi: 10.5123 / S1679-49742015000200002

*Títulos de publicações com nome científico (maiúsculo e itálico) - aplica-se a outros tipos de publicações:*

2. Jagetia GC, Baliga MS, Venkatesh P. Influência do extrato da semente de *Syzygium Cumini* (Jamun) em ratos expostos a doses de radiação  $\gamma$ . *J Radiat Res*. Março de 2005; 46 (1): 59-65.

*Quando houver quando houver indicação de autoridade da obra além da autoria principal e quando houver autoria de Organização e Individual (aplica-se a todos os tipos de publicações):*

3. Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas; Duarte EF, Pansani TSA, tradutoras. *Recomendações para elaboração, redação, edição e publicação de trabalhos acadêmicos em periódicos médicos*. *Epidemiol Serv Saude*. Conjunto de julho de 2015; 24 (3): 577-601. doi: 10.5123 / S1679-49742015000300025

*Artigo de jornal eletrônico:*

4. Malta DC, Morais Neto OL, Silva Junior JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol Serv Saude* [Internet]. 2011 dez [citado 2012 fev 6]; 20 (4): 93-107. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n4/v20n4a02.pdf>. doi: 10.5123 / S1679-49742011000400002

5. Polgreen PM, Diekema DJ, Vandenberg J, Wiblin RT, Chen YY, David S, et al. Fatores de risco para infecção de ferida inguinal após cateterização da artéria femoral: um estudo caso-controle. *Infect Control Hosp Epidemiol* [Internet]. Janeiro de 2006 [citado em 5 de janeiro de 2007]; 27 (1): 34-7. Disponível em: [http://www.journals.uchicago.edu/ICHE/journal/issues/v27n1/2004069/2004069\\_web.pdf](http://www.journals.uchicago.edu/ICHE/journal/issues/v27n1/2004069/2004069_web.pdf)

- Volume com suplemento

6. Schmidt MI, Duncan BB, Hoffmann JF, Moura L, Malta DC, Carvalho RM. Prevalência de diabetes e hipertensão com base em inquérito de morbidade autorreferida, Brasil, 2006. *Rev Saude Publica*. Novembro de 2009; 43 Supl 2: 74-82. doi: 10.1590 / S0034-89102009000900010

- Edição com suplemento

7. Malta DC, Leal MC, Costa MFL, Morais Neto OL. Inquéritos nacionais de saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. *Rev Bras Epidemiol*. 2008 mai 11 (2 Supl 1): 159-67. doi: 10.1590 / S1415-790X2008000500017

- Unpublished material

8. Freitas LRS, Garcia LP. Evolução da prevalência do diabetes e diabetes associado à hipertensão arterial no Brasil: análise das pesquisas nacionais por amostra de domicílios, 1998, 2003 e 2008. *Epidemiol Serv Saude*. No prelo 2012.

Laking G, Lord J, Fischer A. The economics of diagnosis. *Health Econ*. Forthcoming 2006.

#### Books

9. Pereira MG. *Artigos científicos: como redigir, publicar e avaliar*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.

- Institutional authorship

10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Guia de vigilância epidemiológica*. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

11. Secretaria de Estado de Planejamento e Coordenação Geral (Mato Grosso). *Informativo populacional e econômico de Mato Grosso*: 2008. Cuiabá: Secretaria de Estado de Planejamento e Coordenação Geral; 2008.

Electronic books (monographs):

12. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações* [Internet]. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde; 2008 [citado 2012 fev 5]. 349 p. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>

13. Collins SR, Kriss JL, Davis K, Doty MM, Holmgren AL. Squeezed: why rising exposure to health care costs threatens the health and financial well-being of American families [Internet]. New York: Commonwealth Fund; 2006 [cited 2006 Nov 2]. 34 p. Available from: [http://www.cmf.org/usr\\_doc/Collins\\_squeezedrisinghlthcarecosts\\_953.pdf](http://www.cmf.org/usr_doc/Collins_squeezedrisinghlthcarecosts_953.pdf)

#### Book chapters

When the chapter's author is not the book's author

14. Hill AVS. Genetics and infection. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. *Principles and practice of infectious diseases*. 7th ed. Philadelphia: Elsevier; 2010. p. 49-57.

#### When the book's author is the chapter's author

15. Löwy I. Vírus, mosquitos e modicidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. Capítulo 5, Estilos de controle: mosquitos, vírus e humanos; p. 249-315.

Electronic book chapters (monographs)

16. Shrader-Frechette K. Ethical issues in environmental and occupational health. In: Jennings B, Kahn J, Mastroianni A, Parker LS, editors. *Ethics and public health: model curriculum* [Internet]. Washington: Association of Schools of Public Health; 2003 [cited 2006 Nov 20]. p. 159-92. Available from: <http://www.asph.org/UserFiles/EthicsCurriculum.pdf>

#### Conference proceedings

- Published in books

17. Samad SA, Silva EMK. Perdas de vacinas: razões e prevalência em quatro unidades federadas do Brasil. In:

Anais da 11ª Expoepi: Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças; 2011 out 31-nov 3; Brasília, Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. p. 142.

- Published in journals

18. Oliveira DMC, Montoni V. Situação epidemiológica da leishmaniose visceral no Estado de Alagoas – 2002. In: 19ª Reunião Anual de Pesquisa Aplicada em Doença de Chagas; 7ª Reunião Anual de Pesquisa Aplicada em Leishmanioses. 2003 out 24-26; Uberaba. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Medicina Tropical; 2003. p. 21-2. (Rev Soc Bras Med Trop, vol. 36, supl. 2).

- Electronic conference proceedings

19. Samad SA, Silva EMK. Perdas de vacinas: razões e prevalência em quatro unidades federadas do Brasil. In: Anais da 11ª Expoepi: Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças [Internet]; 2011 out 31-nov 3; Brasília, Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [citado 2018 nov 25]. p. 142. Disponível em: [http://bvvsms.saude.gov.br/bvvs/publicacoes/anais\\_11\\_expoepi.pdf](http://bvvsms.saude.gov.br/bvvs/publicacoes/anais_11_expoepi.pdf)

#### Ordinances and Laws

20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2009 fev 12; Seção 1:37.

21. Brasil. Casa Civil. Lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997. Decreta a obrigatoriedade do Programa de Controle de Infecção Hospitalar em todos os hospitais brasileiros. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 1997 jan 7; Seção 1:165.

#### Electronic Ordinances and Laws

22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 14, de 13 de agosto de 2015. Instituir o Corpo Editorial da Epidemiologia e Serviços de Saúde - revista do Sistema Único de Saúde do Brasil (RESS) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2015 ago 15 [citado 2018 nov 25]; Seção 1:48. Disponível em: [http://www.lex.com.br/lejis\\_27014660\\_PORTARIA\\_N\\_14\\_DE\\_13\\_DE\\_AGOSTO\\_DE\\_2015.aspx](http://www.lex.com.br/lejis_27014660_PORTARIA_N_14_DE_13_DE_AGOSTO_DE_2015.aspx)

#### Electronic references

23. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008 [citado 2012 fev 5]. 349 p. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>

24. Malta DC, Morais Neto OL, Silva Junior JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. Epidemiol Serv Saude [Internet]. 2011 dez [citado 2012 fev 6]; 20(4):93-107. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n4/v20n4a02.pdf>

#### Theses and dissertations

25. Waldman EA. Vigilância epidemiológica como prática de saúde pública [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1991.

26. Daufenbach LZ. Morbidade hospitalar por causas relacionadas à influenza em idosos no Brasil, 1992 a 2006: situação atual, tendências e impacto da vacinação [dissertação]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2008.

#### Electronic theses and dissertations

27. Gonçalves SA. Controle do reservatório canino para leishmaniose visceral, na regional noroeste de Belo Horizonte, Minas Gerais, 2006-2011 [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais,

2013. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/SMQC-9DWPF>

#### Websites

28. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Idosos mostram disposição e contribuem com o Censo Agropecuario [Internet]. 2018. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2018 [atualizado 2018 maio 25; citado 2018 nov 23]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/19740-idosos-mostram-disposicao-e-contribuem-com-o-censo-agropecuario>

29. Complementary/Integrative Medicine [Internet]. Houston: University of Texas, M. D. Anderson Cancer Center; 2007 [cited 2007 Feb 21]. Available from: <http://www.mdanderson.org/departments/CIMER/>

30. Campus Virtual de Saúde Pública. BIREME disponibiliza curso online para Acesso e Uso de Informação Científica em Saúde [Internet]. [Local desconhecido]: Campus Virtual de Saúde Pública; [data desconhecida] [citado 2018 nov 23]. Disponível em: <http://brasil.campusvirtualsp.org/node/348724>

#### Computer program

31. Microsoft. Microsoft Office Excel. Versão 2016. [Redmond]: Microsoft; 2018. Disponível em: <https://products.office.com/pt-br/excel>

32. Meader CR, Pribor HC. DiagnosisPro: the ultimate differential diagnosis assistant [CD-ROM]. Version 6.0. Los Angeles: MedTech USA; 2002.

If reference management software (eg Zotero, Endnote, Mendeley, Reference Manager, or other) has been used, references should be converted to text in the format defined in this instruction. The accuracy of the references in the listing and the correct citation in the text are the sole responsibility of the authors.

#### Tables and figures

Original and review articles should contain up to 5 tables and/or figures, in total. For research notes and experience reports, the limit is 3 tables and/or figures; and for experience reports, four tables and/or figures.

Figures and tables should be put at the end of the manuscript, when possible, or in separate files sorted as cited in the text, always in editable format. Tables and figures titles should be concise and avoid the use of abbreviations or acronyms. If these must be used in titles, they should be explained with subtitles at the bottom of each table or figure. Tables and figures must be presented in black and white or grey shades only. Tables should preferably be prepared in accordance with the IBGE Tabular Presentation Rules, 3rd edition. (<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>).

Tables and charts (classified and titled in the same way as figures), should be presented in text. The following formats will be accepted: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) or ODT (Open Document Text). Organization charts and flowcharts must be presented in text format or vectorial format. The following types of files will be accepted: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsulated PostScript) or SVG (Scalable Vectorial Graphics). Maps should be presented in vectorial format. The following types of files are accepted: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsulated PostScript) or SVG (Scalable Vectorial Graphics). Maps originally produced in image format and later saved in vectorial format will not be accepted. Graphs must be sent in vectorial format. The following types of files are accepted: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsulated PostScript) or SVG (Scalable Vectorial Graphics). Satellite images and photographs must be presented in the following types: TIFF (Tagged Image File Format) or BMP (Bitmap). The minimum resolution must be 300dpi, with minimum size of 17,5cm width, and file size limit of 10Mb.

### Use of acronyms

The use of uncommon acronyms should be avoided. Their use should be employed only when they are recognized by the literature; valuing the manuscript clarity. Some recognized acronyms are: WHO, HIV, AIDS.

Acronyms with up to three letters should be written in upper case letters (e.g. DOU, USP, OIT). When unknown acronyms are used for the first time the words they represent must be written in full, followed by the acronym in brackets. Acronyms and abbreviations comprised only of consonants should be written in upper case letters. Acronyms with four letters or more should be written in capital letters, if each one of them is pronounced separately (e.g. BNDES, INSS, IBGE). In the case of acronyms with four letters or more that form a word comprised of vowels and consonants, only the first letter should be capitalized (e.g. Funasa, Datasus, Sinan). Acronyms including upper and lower case letters should be written as originally created (e.g. CNPq, UnB). Foreign acronyms (not Brazilian ones) are recommended to be translated into Portuguese if such translation is universally accepted. If there is no corresponding acronym in Portuguese, the original acronym is to be used even if the full name in Portuguese does not correspond to the acronym (e.g. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura - Unesco). Some foreign acronyms have been adopted in popular communication as a name, such as the word AIDS in English. The Ministry of Health National AIDS Commission (CNAIDS) has decided to recommend that all Ministry documents and publications may refer to the acronym by its original English name, but in lower case letters: aids (BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Manual de editoração e produção visual da Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 2004. 272p.). [Check the electronic set of acronyms of the Ministry of Health.](#)

### Manuscript analysis and acceptance

Only manuscripts having the indicated format and containing subjects relevant to the journal's scope will be accepted. In the case of studies involving human subjects, a preliminary analysis will be made to verify their potential for being published and being of interest to the journal's readers. Manuscripts not meeting these requirements will not be accepted. The Journal adopts iThenticate system for identifying plagiarism.

Manuscripts considered relevant to be published will go through the editorial process, composed by the following stages:

- 1) Technical review – it is conducted by the Editorial Board. It consists basically on reviewing aspects of form and scientific writing, so the manuscript fits into all the aspects from the authors' instructions and is able to start the external peer review process.
- 2) External peer review – it is conducted by at least two reviewers who do not belong to the Editorial Board (ad hoc reviewers), that present solid knowledge on the manuscript topic. On this stage, the ad hoc reviewers are supposed to assess the scientific merit and the manuscript format. RESS adopts the system of double-blind review, in which the ad hoc reviewers do not know who the authors are and are not named in the review sent to the authors. The ad hoc reviewers must follow the ethics guidelines recommended by the COPE, available at: [http://publicationethics.org/files/Ethical\\_guidelines\\_for\\_peer\\_reviewers\\_0.pdf](http://publicationethics.org/files/Ethical_guidelines_for_peer_reviewers_0.pdf)
- 3) Editorial Board review – after submitting the redraft version of the manuscript, according to the double-blind review, the editorial board will assess the manuscript again, checking the acceptance or the reasons for not accepting the ad hoc reviewers' suggestion, as well as, when relevant, will highlight aspects that may be improved on the presentation of the study report, issues related to the pattern for publishing at RESS. On this stage, one more time, it is verified if the manuscript complies with all the journal's instructions.
- 4) Editorial Committee final review – after the manuscript is pre-approved for publishing by the editorial board, one of the members of the Editorial Committee, with knowledge on the topic, will assess it. On this stage, the manuscript can be considered as approved and ready for publishing, approved with adjustment to be done or not approved for publishing.

It is important to highlight that, at all the stages, more than one review round may be necessary.

The considerations will be sent to the authors with a defined timetable to be returned. The authors are recommended to pay attention to communications that will be sent to the e-mail address informed on the submission, as well as to observe the deadlines to answer. Not observing the deadline, mainly when there is no justification, may be a reason to stop the manuscript editorial process.

Once manuscripts have been approved for publication but still require small adjustments or corrections, the journal's editors reserve the right to do so.

#### Electronic page proof

After the manuscript acceptance, an electronic page proof in PDF format will be sent by e-mail to the corresponding author. Once the proof has been reviewed, the author must provide the journal's Executive Secretary with authorization for publishing the manuscript within the deadline specified by the Editorial Board.

Authors requiring any further information about these instructions can contact the journal's secretariat by e-mail: [ress.svs@gmail.com](mailto:ress.svs@gmail.com) or [revista.svs@saude.gov.br](mailto:revista.svs@saude.gov.br).

#### Correspondence

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços/SVS/MS  
Epidemiologia e Serviços de Saúde  
SRTVN Quadra 701, Via W 5 Norte, Lote D, Edifício PO700 - 7º andar, Asa Norte, Brasília-DF  
Postcode: 70.719-040 Brazil  
Responsible: Elisete Duarte  
Phones: +55 (61) 3315-3464 / 3315-3714

### Submitting the manuscripts

#### RESS does not charge for the submission, evaluation, translation or publication of articles.

There are no fees for submission, evaluation or publication of articles. Manuscripts are to be submitted to [Sistema SciELO de Publicação](#). In case the authors do not receive any submission confirmation from RESS Secretariat, they should contact the journal through the alternative electronic address: [ress.svs@gmail.com](mailto:ress.svs@gmail.com).

As supplementary file, the Statement of Liability, signed by all authors, must be attached in PDF format

The authors may choose up to three possible reviewers who are experts on the manuscript's specific subject. Authors also have the option of indicating up to three peer reviewers to whom they would not like their manuscript to be submitted. The journal's editors will decide whether or not to accept the authors' suggestions.

#### Pre-submission checklist


1. Format: A4 size paper with 3 cm margins, Times New Roman font, size 12, double-spaced, numbered pages.

2. Title page:
- Type of manuscript;
  - Manuscript title in Portuguese, English and Spanish;
  - Abbreviated title in Portuguese;
  - All the authors' names, institutional affiliation (up to three levels), city, state, country, ORCID ID and e-mail of each of the authors. In the case of authors with more than one institutional affiliation, we suggest them to be included separately;
  - Corresponding author's name, full address, e-mail and telephone number;
  - Funding agencies' names and process numbers, when applicable; and
  - If the manuscript has been based on an academic monograph, dissertation or thesis, name the institution and the year it was defended.
3. Abstract in English, Resumo in Portuguese and Resúmen in Spanish for original articles, review articles and research notes, in structured format: objective, methods, results and conclusion. Palavras-chave/Keywords/Palabras clave selected from the Health Sciences Descriptors (DeCS), available at the website (<http://decs.bvs.br>).
5. Inform the approval number given by the Research Ethics Committee and the clinical trial registration number or of the systematic review; and other ethical considerations in the last paragraph of Methods section.
4. Manuscript: original articles, review articles and research notes must contain the following sections: Introduction, Methods, Results and Discussion. Please, observe the words limit for each manuscript type
6. A paragraph mentioning the authors' contributions.
7. Acknowledgment only with the consent of persons mentioned..
8. References standardized as per ICMJE (Vancouver Style), numbered in the same order as they appear in the text; ensure that all are cited in the text and that their order of citation corresponds to the order shown in the References list at the end of the manuscript.
9. Tables and figures – no more than five for original and review articles; no more than three for research notes; and no more than four for experience reports.
10. Statement of Liability, signed by all authors.

Updated on January, 2020.

[\[Home\]](#) [\[About the journal\]](#) [\[Editorial board\]](#) [\[Subscriptions\]](#)

---

 All the content of the journal, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons License](#) attribution-type BY-NC.

*Epidemiologia e Serviços de Saúde*  
 Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços - CGDEP  
 SRTVN Quadra 701, Via W S Norte, Lote D, Edifício P0700  
 CEP: 70719-040  
 +55 61 3315-3464  
 Fax: +55 61 3315-3464