

Registro de distúrbios mentais no Sistema de Informação da Atenção Básica do Brasil, 2014

doi: 10.5123/S1679-49742016000200018

Mental disorders record on the Brazilian primary health care information system, 2014

Maximiliano Loiola Ponte de Souza¹

¹Fundação Instituto Oswaldo Cruz, Instituto Leônidas e Maria Deane, Manaus-AM, Brasil

Resumo

Objetivo: descrever a magnitude da ocorrência de registro de Distúrbios Mentais (DM) na Atenção Básica à Saúde em municípios brasileiros e analisar os fatores associados. **Métodos:** realizou-se estudo ecológico, com dados secundários do Sistema de Informação da Atenção Básica referentes a 2014; a magnitude da ocorrência de registro foi avaliada mediante indicadores desenvolvidos para esse fim; foi empregada análise bivariável. **Resultados:** foram registrados 15.216 casos de DM em 42 (0,8%) municípios, correspondentes a 16,9/100 mil habitantes no Brasil, com variações importantes entre macrorregiões nacionais; o registro de DM na Atenção Básica foi mais frequente nas macrorregiões Sudeste e Sul ($p=0,001$), nas capitais ($p<0,001$), em municípios com população maior que 200 mil habitantes ($p<0,001$), cobertura pela Atenção Básica superior a 75% ($p=0,005$) e dispo de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS ($p=0,001$). **Conclusão:** o registro de DM na atenção básica é incipiente, desigualmente distribuído, possivelmente dependente de iniciativas locais para sua efetivação.

Palavras-chave: Saúde Mental; Estudos Ecológicos; Atenção Primária à Saúde; Sistemas de Informação; Brasil.

Abstract

Objective: to describe the occurrence of the recording of mental disorders (MD) in primary health care (PHC) services in Brazilian municipalities and to analyze associated factors. **Methods:** an ecological study was conducted using PHC Information System secondary data for the year 2014; the magnitude of the occurrence of MD recording was assessed through indicators developed for this purpose; bivariate analysis was used. **Results:** 15,216 MD cases were recorded in 42 (0.8%) municipalities, corresponding to 16.9 MD cases/100,000 inhabitants for Brazil with significant variations between the country's macro-regions; MD recording in PHC was most frequent in the Southeast and Southern macro-regions ($p=0.001$), in state capital cities ($p<0.001$), in municipalities with more than 200,000 inhabitants ($p<0.001$), those with PHC coverage greater than 75% ($p=0.005$) and those with Psychosocial Care Centers ($p=0.001$). **Conclusion:** recording of MD in PHC is incipient, unequally distributed and possibly dependent on local initiatives.

Key words: Mental Health; Ecological Studies; Primary Health Care; Information Systems; Brazil.

Endereço para correspondência:

Maximiliano Loiola Ponte de Souza – Rua Terezina, nº 476, Adrianópolis, Manaus-AM, Brasil. CEP: 69057-070
E-mail: maximiliano@amazonia.fiocruz.br

Introdução

O Brasil vem implantando mudanças no modelo de atenção à saúde dos portadores de transtornos mentais, fechando manicômios e expandindo serviços comunitários de base territorial: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).¹ Alinhando-se a propostas de organismos internacionais, as medidas adotadas pelo sistema público de saúde brasileiro têm apontado para a articulação entre os serviços voltados à saúde mental e os de atenção básica como alternativa para ampliar o acesso ao cuidado pelos portadores de transtornos mentais.^{1,2}

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF) foram implementados em grande parte do território brasileiro, com o propósito de estender as ações básicas de saúde a segmentos da população que não tinham acesso a esses serviços.¹ Os agentes comunitários de saúde (ACS), atuantes em ambos os programas, realizam, entre outras atividades, visitas domiciliares nas quais coletam informações sobre as condições de vida e saúde das famílias por eles atendidas. Considerando-se o instrumento utilizado pelos ACS, de acordo com as informações referidas pelas famílias, é possível registrar 11 doenças ou condições de saúde, sendo uma delas os distúrbios mentais (DM). Esses dados, complementados por outros obtidos pelos demais profissionais da equipe de saúde da família, subsidiam o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), concebido para ser um instrumento de gestão local, regional e nacional.³

Um elemento essencial para o desenvolvimento programático de ações de saúde focadas em agravos específicos e de interesse – e responsabilidade – da Atenção Básica é o conhecimento da população atendida. O presente estudo teve como objetivos descrever a magnitude da ocorrência de registro de DM na Atenção Básica em municípios brasileiros e analisar os fatores associados aos DM.

Métodos

Realizou-se um estudo ecológico, cuja principal fonte de dados foi o SIAB. A partir desse sistema, foram obtidas informações relacionadas ao número de pessoas cadastradas na Atenção Básica, cobertura pela mesma Atenção Básica e registros de DM na população cadastrada.

Foram utilizados dados do SIAB oriundos de municípios que apresentaram, para o ano de 2014, registro de

população cadastrada na Atenção Básica. O Ministério da Saúde, quando disponibiliza os dados do SIAB, exclui municípios que não forneceram informações a esse sistema em todos os meses do período. Portanto, este estudo baseou-se apenas nos municípios que forneceram dados regularmente, durante todos os meses de 2014.

De modo complementar, utilizou-se o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para acessar informações relativas à existência de CAPS nos diferentes municípios; e dados da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com o propósito de estimar as populações dos municípios no ano de 2014.

As medidas adotadas pelo sistema público de saúde brasileiro têm apontado para a articulação entre os serviços voltados à saúde mental e os de atenção básica como alternativa para ampliar o acesso ao cuidado pelos portadores de transtornos mentais.

Para verificar a magnitude da ocorrência do registro de DM na Atenção Básica, utilizou-se, além dos números absolutos e percentuais de registros, três indicadores desenvolvidos especialmente para esse fim. O primeiro deles foi a Razão Populacional de Registro de DM (RPDM): tendo como numerador, o número de casos de DM registrados na Atenção Básica, e como denominador, a população cadastrada na Atenção Básica, sendo este indicador expresso em registros por 100 mil habitantes. Os outros dois indicadores utilizados foram a Capacidade de Registro de DM (CRDM) e a Estimativa de Casos de DM não Registrados (ENRDM). O cálculo destes dois indicadores partiu da seguinte estimativa do Ministério da Saúde do Brasil: 3% da população nacional seria portadora de transtornos mentais graves e persistentes (TMGP).⁴ A CRDM corresponde ao percentual dos casos de DM registrados sobre o total de casos estimados de TMGP. Já a ENRDM corresponde à diferença entre os casos estimados de TMGP e os casos de distúrbios mentais registrados.

Para realização da análise bivariável, o 'registro de DM' foi considerado como desfecho. As variáveis explicativas analisadas foram (i) localizar-se nas macrorregiões Sudeste ou Sul (regiões com melhores

indicadores sociais e de saúde), (ii) ser capital de Unidade da Federação (UF), (iii) contar com uma população maior que 200 mil habitantes, (iv) apresentar cobertura pela Atenção Básica superior a 75% e (v) dispor de CAPS.

O teste exato de Fisher foi utilizado para verificar, na análise bivariada, diferenças entre proporções relativas às variáveis estudadas. O nível de significância estatística adotado foi de 5%.

Por se tratar de estudo ecológico realizado com dados secundários e tendo como unidades de análise o município e a UF, não o indivíduo, a pesquisa foi dispensada de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados

Foram incluídos dados de 5.014 municípios (90% do total de municípios brasileiros), englobando 90.186.880 pessoas de 15 ou mais anos de idade cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica. Considerando-se os municípios incluídos, 50,6% estavam localizados nas macrorregiões Sudeste ou Sul, 97,3% possuíam população inferior a 200 mil

habitantes, 87,2% apresentavam cobertura pela Atenção Básica superior a 75%, 69,1% não possuíam CAPS e 0,8% (42) registraram casos de DM na Atenção Básica, no período estudado (Tabela 1).

O registro de DM na Atenção Básica foi mais frequente nas macrorregiões Sudeste e Sul ($p=0,001$), nas capitais ($p<0,001$), em municípios com população maior que 200 mil habitantes ($p<0,001$), com cobertura pela Atenção Básica superior a 75% ($p=0,005$) e que dispunham de CAPS ($p=0,001$) (Tabela 2).

Nesses municípios, foram registrados 15.216 casos de DM, dos quais cerca de 83% registrados em quatro UF: Paraná (53,3%), Rio de Janeiro (14,2%), Santa Catarina (7,8%) e Minas Gerais (7,6%). Não houve registro de DM em 14 UF: duas da macrorregião Centro-Oeste, cinco da Nordeste, e em todas da macrorregião Norte (Tabela 3).

A RPDM foi de 16,9/100 mil habitantes; e a CRDM, de 0,6%. As macrorregiões que apresentaram os mais elevados valores desses indicadores foram a Sul (71,3/100 mil hab.; 2,4%) e a Sudeste (16,6/100 mil hab.; 0,6%). A ENRDM na Atenção Básica foi de 2.690.391 pessoas (Tabela 3).

Tabela 1 – Caracterização dos municípios brasileiros incluídos (n=5.014) no estudo sobre registros de distúrbios mentais no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Brasil, 2014

Variável	n	%
Macrorregião		
Nordeste	1.646	32,8
Sudeste	1.472	29,4
Sul	1.065	21,2
Centro-Oeste	419	8,4
Norte	412	8,2
Capital		
Sim	25	0,5
Não	4.989	99,5
População maior que 200 mil habitantes		
Sim	137	2,7
Não	4.877	97,3
Cobertura da Atenção Básica superior a 75%		
Sim	4.372	87,2
Não	642	12,8
Existência de Centro de Atenção Psicossocial – CAPS		
Sim	1.549	30,9
Não	3.465	69,1
Registro de distúrbios mentais		
Sim	42	0,8
Não	4.972	99,2

Tabela 2 – Registro de distúrbios mentais no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) nos municípios brasileiros, segundo variáveis selecionadas. Brasil, 2014

Variável	Registro de distúrbios mentais		Valor de p ^a
	Sim n (%)	Não n (%)	
Macrorregião			
Sudeste/Sul	32 (76,2)	2.505 (50,4)	0,001
Outras	10 (23,8)	2.467 (49,6)	
Capital			
Sim	5 (11,9)	20 (0,4)	<0,001
Não	37 (88,1)	4.952 (99,6)	
População maior que 200 mil habitantes			
Sim	11 (26,2)	126 (2,5)	<0,001
Não	31 (73,8)	4.846 (97,5)	
Cobertura da Atenção Básica superior a 75%			
Sim	30 (71,4)	4.342 (87,3)	0,005
Não	12 (28,6)	630 (12,7)	
Existência de Centro de Atenção Psicossocial – CAPS			
Sim	23 (54,8)	1.526 (30,7)	0,001
Não	19 (45,2)	3.446 (69,3)	
Total	42 (100,0)	4.972 (100,0)	

a) Teste exato de Fisher

Discussão

Os resultados deste estudo sugerem a fragilidade da articulação entre a Saúde Mental e os programas públicos de atenção básica à saúde, haja vista que menos de 1% dos municípios incluídos apresentaram registro de distúrbios mentais.

Além disso, evidenciou-se, no subgrupo de municípios com registro de casos de DM, uma sobre-representação de municípios localizados nas macrorregiões com melhores indicadores socioeconômicos (Sudeste e Sul), 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). Entretanto, a literatura aponta que os contextos mais pobres e com menor capacidade instalada seriam aqueles nos quais a articulação entre Atenção Básica e a Saúde Mental far-se-ia mais necessária.²

A análise da magnitude do registro de DM evidenciou importante fragilidade na capacidade de identificação de casos: pouco mais de 0,5% dos casos esperados foram registrados, gerando uma baixa RPDM e uma estimativa de mais de 2,5 milhões de pessoas com DM sem registro. Um sub-registro de tal magnitude, ademais, apresentou variações importantes entre as macrorregiões: naquelas com piores indicadores sociais, como a Norte, não houve

registro de caso, e nas Sudeste e Sul, que apresentaram os melhores indicadores, essa magnitude foi mais elevada.

A baixa magnitude de registro de DM na Atenção Básica não deveria ser atribuída, tão somente, a uma deficiência difusa do SIAB. Há evidências, por exemplo, de um melhor registro no sistema para outros agravos, como por exemplo, o diabetes *mellitus*.⁵

A literatura sobre morbidade autorreferida por doenças crônicas aponta que determinados fatores, capazes de influenciar o acesso aos serviços de saúde, também podem impactar na autopercepção de doença.⁶ No caso específico dos transtornos mentais, sabe-se que estigmas sociais relacionados a esse agravo dificultam a identificação de casos baseada no autorrelato.² Tais aspectos poderiam auxiliar na explicação, mesmo que parcial, das variações observadas na magnitude do registro entre as macrorregiões nacionais; ainda assim seriam insuficientes para justificar que 14 UF não tivessem apresentado nenhum registro sequer de DM, e que mais de 80% de todos os registros tivessem ocorrido em 4 UF. É mais razoável supor que políticas e iniciativas circunscritas ao nível local possam influenciar o maior registro de DM dentro de certos contextos, em detrimento de outros. Sobre iniciativas capazes dessa influência, destaca-se a implementação de estratégias

Tabela 3 – Registro de distúrbios mentais em maiores de 15 anos de idade (n=15.216) por macrorregiões nacionais e Unidades da Federação (UF). Brasil, 2014

Macrorregiões/UF	% de registro	RPDM ^a (por 100 mil habitantes)	CRDM ^b (%)	ENRDM ^c
Norte	–	–	–	241.957
Rondônia	–	–	–	27.324
Acre	–	–	–	14.641
Amazonas	–	–	–	44.507
Roraima	–	–	–	7.491
Pará	–	–	–	120.368
Tocantins	–	–	–	27.530
Amapá	–	–	–	96
Centro-Oeste	0,7	1,7	0,1	183.626
Mato Grosso do Sul	–	–	–	45.209
Distrito Federal	–	–	–	16.027
Goiás	0,3	1,7	0,1	67.398
Mato Grosso	0,4	3,4	0,1	54.992
Nordeste	6,0	2,6	0,1	1.031.776
Maranhão	–	–	–	108.150
Piauí	–	–	–	63.855
Paraíba	–	–	–	80.310
Alagoas	–	–	–	48.850
Sergipe	–	–	–	50.839
Pernambuco	0,0 ^d	0,0	0,0	179.763
Ceará	1,3	3,3	0,1	180.628
Bahia	3,6	6,2	0,2	264.765
Rio Grande do Norte	1,0	8,6	0,3	54.617
Sudeste	30,8	16,6	0,6	841.658
Minas Gerais	7,6	10,0	0,3	344.399
São Paulo	7,1	11,7	0,4	276.255
Espírito Santo	1,9	15,6	0,5	54.997
Rio de Janeiro	14,2	38,4	1,3	166.007
Sul	62,6	71,3	2,4	391.375
Rio Grande do Sul	1,5	6,1	0,2	112.711
Santa Catarina	7,8	28,5	1,0	123.989
Paraná	53,3	149,4	5,0	154.675
Brasil	100,0	16,9	0,6	2.690.391

a) RPDM: Razão Populacional de Registro de Distúrbios Mentais

b) CRDM: Capacidade de Registro de Distúrbios Mentais

c) ENRDM: Estimativa de Casos de Distúrbios Mentais não Registrados

d) Houve registro de um caso

de apoio matricial em saúde mental para equipes que atuam na Atenção Básica.

Uma possível limitação deste estudo encontra-se no uso das estimativas de transtornos mentais graves e persistentes – TMGP – como referência para a análise da magnitude de registro de DM no SIAB. Existe uma miríade de outras condições psiquiátricas não incluídas nesse

subgrupo de transtornos, como os chamados transtornos mentais comuns, estes bem mais prevalentes na Atenção Básica.⁷ Outrossim, uma das reconhecidas dificuldades associadas à investigação de morbidade autorreferida é a categorização, em diagnósticos biomédicos, da percepção de doença por entrevistadores e entrevistados leigos.⁸ De qualquer forma, entende-se que os TMGP, dada sua

mais visível disfuncionalidade, tenderiam a se aproximar mais do que, popularmente, seria considerado DM. O eventual uso de parâmetros mais abrangentes apenas aumentaria essa já evidente deficiência, na identificação de casos de DM pela Atenção Básica.

Os dados apresentados apontam que o registro de DM na população cadastrada no Programa de

Agentes Comunitário de Saúde – PACS – e na Estratégia Saúde da Família – ESF –, aqui tomado como uma aproximação para avaliar a articulação entre a Saúde Mental e a Atenção Básica à Saúde no Brasil, é todavia incipiente, desigualmente distribuído e possivelmente dependente de iniciativas locais para sua efetivação.

Referências

1. Fortes S, Menezes A, Athié K, Chazan LE, Rocha H, Thiesen J et al. Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a Atenção Primária pelo matriciamento. *Physis*. 2014 out-dez;24(4):1079-102.
2. Mackenzie J. Global mental health from a policy perspective: a context analysis: characterising mental health and recommending engagement strategies for the Mental Health Innovation Network. London: Overseas Development Institute; 2014.
3. Carreno I, Moreschi C, Marina B, Hendges DJB, Rempel C, Oliveira MMC. Análise da utilização das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB): uma revisão integrativa. *Cienc Saude Coletiva*. 2015 mar;20(3):947-56.
4. Saúde mental em dados. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Vol. 2, No. 4, ago 2007.
5. Dias JCR, Campos JADB. Diabetes *mellitus*: razão de prevalências nas diferentes regiões geográficas no Brasil, 2002-2007. *Cienc Saude Coletiva*. 2012 jan;17(1):239-44.
6. Theme Filha MM, Szwarcwald CL, Souza Júnior PRB. Medidas de morbidade referida e inter-relações com dimensões de saúde. *Rev Saude Publica*. 2008 fev;42(1):73-81.
7. Gonçalves DA, Mari JJ, Bower P, Gask L, Dowrick C, Tófoli LF et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cad Saude Publica*. 2014 Mar;30(3):623-32.
8. Ross DA, Vaughan JP. Health interview surveys in developing countries: a methodological interview with recommendations for future surveys. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine; 1984.

Recebido em 27/09/2015
Aprovado em 15/02/2016