

A continuidade do cuidado em saúde mental na perspectiva dos usuários: desafios da transição entre atenção especializada e atenção primária

*Continuity of mental health care from the users' perspective:
challenges in the transition between specialized care and primary care*

*La continuidad de la atención en salud mental
desde la perspectiva de los usuarios: retos de la transición
entre la atención especializada y la atención primaria*

1 Marcio Fernando da Silva  [ORCID](#) - [Lattes](#)

2 Ciro Blujus dos Santos Rohde - [ORCID](#) - [Lattes](#)

3 Hermano Tavares - [ORCID](#) - [Lattes](#)

Filiação dos autores: **1** [Terapeuta ocupacional no Programa Ambulatorial Integrado dos Transtornos do Impulso (PRO-AMITI) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, IPq-HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil]; **2** [Coordenador do Serviço de Acupuntura, Fitoterapia e Plantas Medicinais do PRO-MEV, Instituto de Psiquiatria do HC-FMUSP e colaborador do Irish College of Traditional and Integrative Medicine, onde é responsável pela disciplina Integrative Psychiatry, Knockeen, Ireland]; **3** [Docente, Departamento de Psiquiatria em Atenção Primária, Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, SP, Brasil];

Editor Chefe responsável pelo artigo: Rodrigo Nicolato

Contribuição dos autores segundo a [Taxonomia CRediT](#): Silva MF [1, 2, 3, 13, 14], Rohde CBS [11, 13, 14], Tavares H [1, 3, 13, 14].

Conflito de interesses: declaram não haver

Fonte de financiamento: não se aplica

Parecer CEP: [Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo](#), Parecer n. [5734353](#) e CAAE n. [57902022.2.0000.0068](#)

Inteligência artificial generativa: Durante a preparação deste trabalho, os autores declaram o uso da inteligência artificial [Gemini](#) para o auxílio na revisão linguística, adequação gramatical e formatação das referências bibliográficas segundo as normas da revista Debates em Psiquiatria. Após o uso dessa ferramenta, os autores revisaram e editaram o conteúdo conforme necessário e assumem total responsabilidade pelo conteúdo da publicação.

Recebido em: 12/08/2026

Aprovado em: 23/08/2026

Publicado em: 07/09/2026

Como citar: Silva MF, Rohde CBS, Tavares H. A continuidade do cuidado em saúde mental na perspectiva dos usuários: desafios da transição entre atenção especializada e atenção primária. Debates Psiquiatr. 2026;16:1-23, e1665. <https://doi.org/10.25118/2763-9037.2026.v16.1665>

RESUMO:

Introdução: A transição do cuidado em saúde mental entre serviços especializados e a Atenção Primária à Saúde (APS) é um desafio para a continuidade assistencial, sobretudo em vínculos prolongados com serviços terciários. **Objetivo:** Analisar a percepção de usuários de um ambulatório terciário especializado em transtornos do impulso sobre a experiência de tratamento e a transição do cuidado para a APS. **Método:** Estudo exploratório qualitativo, com dados quantitativos descritivos, realizado com 14 usuários do Programa Ambulatorial Integrado dos Transtornos do Impulso. Os dados foram coletados por instrumentos baseados na Entrevista de Formulação Cultural do [DSM-5](#) e analisados por Discurso do Sujeito Coletivo e estatística descritiva. Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo ([HCFMUSP](#)), sob Parecer nº [5734353](#) e CAAE nº [57902022.2.0000.0068](#). **Resultado:** Os participantes relataram elevada satisfação com o tratamento, destacando acolhimento, vínculo terapêutico, melhora sintomática e apoio familiar. Entretanto, a maioria apresentou insegurança quanto à continuidade do cuidado na APS, associada a dificuldades de acesso, indisponibilidade de profissionais e obtenção de medicamentos. **Conclusão:** A transição do cuidado em saúde mental envolve dimensões relacionais e organizacionais além da



estabilidade clínica. Estratégias de planejamento compartilhado da alta e articulação entre serviços podem favorecer a continuidade assistencial e ampliar a segurança dos usuários

Palavras-chave: saúde mental, continuidade da assistência ao paciente, atenção primária à saúde, serviços de saúde mental, alta do paciente

ABSTRACT:

Introduction: The transition of mental health care between specialized services and Primary Health Care (PHC) poses a challenge for care continuity, particularly with longstanding relationships with tertiary services. **Objective:** To analyze the perceptions of users at a tertiary outpatient clinic specialized in impulse disorders regarding their treatment experience and care transition to PHC. **Method:** Exploratory qualitative study with complementary descriptive quantitative data, conducted with 14 users of the Integrated Outpatient Program for Impulse Disorders. Data were collected using instruments based on the [DSM-5](#) Cultural Formulation Interview and analyzed using Collective Subject Discourse and descriptive statistics. Research approved by the Research Ethics Committee of the Hospital das Clínicas of the University of São Paulo Medical School ([HCFMUSP](#)), under Opinion No. [5734353](#) and CAAE No. [57902022.2.0000.0068](#). **Results:** Participants reported high treatment satisfaction, highlighting welcoming care, therapeutic bonding, symptom improvement, and family support. However, most expressed insecurity regarding care continuity in PHC, associated with perceived difficulties in access, professional availability, and medication supply. **Conclusion:** Mental health care transition involves relational and organizational dimensions beyond clinical stability. Shared discharge planning and inter-service coordination can promote care continuity and enhance user confidence.

Keywords: mental health, continuity of patient care, primary health care, mental health services, patient discharge

RESUMEN:

Introducción: La transición de la atención en salud mental entre servicios especializados y la Atención Primaria de Salud (APS) es un desafío para la continuidad asistencial, especialmente tras vínculos prolongados en el nivel terciario. **Objetivo:** Analizar la percepción de usuarios de un ambulatorio terciario especializado en trastornos del impulso sobre la experiencia de

tratamiento y la transición hacia la APS. **Método:** Estudio exploratorio cualitativo, con datos cuantitativos descriptivos, realizado con 14 usuarios del Programa Ambulatorio Integrado de los Trastornos del Impulso. Los datos se recolectaron mediante instrumentos basados en la Entrevista de Formulación Cultural del [DSM-5](#) y se analizaron con Discurso del Sujeto Colectivo y estadística descriptiva. Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación del Hospital das Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo ([HCFMUSP](#)), bajo la Opinión No. [5734353](#) y CAAE No. [57902022.2.0000.0068](#). **Resultado:** Los participantes informaron elevada satisfacción con el tratamiento, destacando acogida, vínculo terapéutico, mejoría sintomática y apoyo familiar. Sin embargo, la mayoría presentó inseguridad respecto a la continuidad en la APS, asociada a dificultades de acceso, disponibilidad de profesionales y obtención de medicamentos. **Conclusión:** La transición involucra dimensiones relacionales y organizacionales que superan la estabilidad clínica. La planificación compartida del alta y la articulación entre servicios pueden favorecer la continuidad asistencial y aumentar la seguridad de los usuarios.

Palabras clave: salud mental, continuidad de la atención al paciente, atención primaria de salud, servicios de salud mental, alta del paciente

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde ([SUS](#)) é um dos principais pilares da saúde pública brasileira, reconhecido internacionalmente por garantir acesso universal e equitativo aos serviços de saúde para toda a população, independentemente da condição socioeconômica[1].

Fundamentado no princípio da integralidade do cuidado, o [SUS](#) oferece assistência em todos os níveis de atenção, desde a atenção primária até procedimentos de alta complexidade, promovendo um atendimento humanizado e respeitoso aos direitos dos pacientes[2]. Além disso, investe em ações de prevenção e promoção da saúde, como campanhas de vacinação, controle de doenças transmissíveis e educação em saúde, contribuindo para a redução de agravos e para a melhoria da qualidade de vida da população[3].

A assistência pública à saúde no Brasil é organizada em três níveis de atenção: primário, secundário e terciário, adotados pelo [SUS](#) conforme diretrizes da Organização Mundial da Saúde ([OMS](#))[4]. A Atenção Primária

à Saúde ([APS](#)) atua como porta de entrada do sistema, promovendo ações de prevenção, promoção da saúde e cuidado contínuo por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBSs), atividades comunitárias e visitas domiciliares[5].

A atenção secundária oferece serviços especializados de média complexidade para o tratamento de condições agudas e crônicas[6], enquanto a atenção terciária compreende hospitais e serviços de alta complexidade destinados ao manejo de casos raros ou mais complexos, com suporte tecnológico e profissional especializado[4]. No campo da saúde mental, essa organização inclui UBSs e Centros de Atenção Psicossocial ([CAPS](#)) na atenção primária, ambulatorios especializados na atenção secundária e serviços altamente especializados, geralmente vinculados a instituições de ensino e pesquisa, na atenção terciária, sendo o acesso aos níveis secundário e terciário realizado, em geral, por encaminhamento da atenção primária[1].

Apesar da ampliação do acesso à [APS](#) nas últimas décadas, persistem desafios relacionados ao financiamento, à elevada demanda assistencial, à disponibilidade de profissionais e às dificuldades de acesso aos serviços[2]. Ainda assim, a APS consolidou-se como um componente essencial do SUS, desempenhando papel estratégico na coordenação do cuidado, na promoção da saúde e no acompanhamento longitudinal dos usuários[5].

No campo da saúde mental, a ampliação da oferta de cuidados em serviços comunitários e territorializados tem favorecido a descentralização da assistência e ampliado as possibilidades de acompanhamento dos usuários em seus contextos de vida[1]. Entretanto, permanecem obstáculos relacionados à integração do cuidado, à capacitação das equipes e à articulação entre os diferentes níveis assistenciais[7].

Embora a organização em rede proposta pelo [SUS](#) tenha como objetivo assegurar a continuidade do cuidado entre os diversos pontos de atenção, a transição de usuários entre serviços especializados e a [APS](#) ainda representa um desafio importante. Pacientes que recebem alta de serviços terciários frequentemente enfrentam dificuldades para acessar ou manter o acompanhamento na atenção primária, o que pode favorecer a permanência prolongada em serviços de maior complexidade e limitar a admissão de novos casos que demandam cuidados especializados[8]. Além disso, dificuldades na integração entre os níveis assistenciais podem comprometer processos fundamentais para a atenção psicossocial, como a

continuidade do cuidado, o fortalecimento da autonomia dos usuários e sua reinserção comunitária[8].

Para além dos aspectos organizacionais, a transição do cuidado envolve experiências subjetivas relacionadas aos vínculos estabelecidos durante o tratamento e às expectativas dos usuários em relação aos diferentes serviços da rede. Apesar da relevância desse processo para a efetividade do cuidado em saúde mental, ainda são escassos os estudos que investigam as barreiras e potencialidades da transição assistencial a partir da perspectiva dos próprios usuários. Nesse contexto, o presente estudo teve como objetivo realizar uma investigação qualitativa com usuários de um serviço ambulatorial especializado em saúde mental de nível terciário, a fim de explorar suas percepções sobre o término do tratamento nesse nível de atenção e a preparação para a continuidade do cuidado na atenção primária.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório de abordagem qualitativa, com utilização complementar de dados quantitativos descritivos, realizado com usuários em fase de manutenção do tratamento em saúde mental.

Participaram do estudo 14 pacientes vinculados ao Programa Ambulatorial Integrado dos Transtornos do Impulso (PRO-AMITI), selecionados entre os integrantes do grupo “Qualidade de Vida”, destinado a indivíduos que haviam concluído o tratamento psicoterápico específico para transtornos do impulso e se encontravam em processo de preparação para a alta. Esse grupo tem como objetivo promover hábitos saudáveis, favorecer a reinserção social e discutir a continuidade do cuidado após o término do acompanhamento especializado.

O PRO-AMITI é um programa multidisciplinar vinculado ao Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo ([IPq-HCFMUSP](#)), que oferece assistência especializada a indivíduos com os diagnósticos de amor e ciúme patológico[9], cleptomania[10], transtorno de compra compulsiva[11], dependência de comida[12], dependência tecnológica[13], compulsão sexual[14], jogo patológico[15], transtorno explosivo intermitente e automutilação[16], todas condições que compartilham impulsividade extrema e clinicamente relevante, seja relacionada a impulsos repetitivos e comportamentos aditivos, seja à agressividade impulsiva[17].

A coleta de dados foi realizada por meio de dois instrumentos elaborados com base na Entrevista de Formulação Cultural ([Cultural Formulation Interview – CFI](#)) do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, Quinta Edição ([DSM-5](#))[\[18\]](#).

O primeiro instrumento contemplou informações sociodemográficas e clínicas, além de questões estruturadas avaliadas por meio de escala Likert [\[19 - 20\]](#), abrangendo aspectos relacionados à satisfação com o tratamento, percepção de melhora clínica, apoio social, funcionalidade e expectativas em relação à alta e à continuidade do cuidado no [SUS](#). O segundo instrumento foi composto por perguntas abertas destinadas à exploração das experiências dos participantes em relação ao tratamento recebido e às perspectivas sobre o acompanhamento em outros serviços da rede pública de saúde.

As respostas às questões abertas foram analisadas por meio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) [\[21, 22, 23\]](#). Inicialmente, os depoimentos foram submetidos a leituras sucessivas para identificação das expressões-chave e das ideias centrais presentes nas narrativas. Posteriormente, foram elaborados discursos-síntese representativos das percepções coletivas dos participantes, preservando-se o conteúdo essencial dos relatos individuais.

Os dados quantitativos foram analisados por meio de estatística descritiva, utilizando frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas e medidas de tendência central para variáveis contínuas, com a finalidade de caracterizar a amostra e contextualizar os achados qualitativos.

Aspectos éticos

A pesquisa foi conduzida em conformidade com os princípios éticos para pesquisas envolvendo seres humanos, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo ([HCFMUSP](#)), sob Parecer nº [5734353](#) e CAAE nº [57902022.2.0000.0068](#).

RESULTADOS

Os questionários foram aplicados no primeiro semestre de 2021. O grupo foi composto por 14 participantes, sendo 8 mulheres (57,1%) e 6 homens (42,9%), com idades entre 37 e 77 anos (média = 60,14; mediana = 60,5). Dentre eles, quatro eram casados, cinco solteiros, dois viúvos e três divorciados ou separados. Em relação ao diagnóstico que motivou o

atendimento especializado, dois pacientes apresentavam amor patológico, um ciúme patológico, um transtorno de compras compulsivas (TCC), dois dependência tecnológica e oito transtorno do jogo. Sobre o acesso às Unidades Básicas de Saúde (UBS), cinco pacientes já frequentavam a UBS de referência e nove não.

Quanto ao ano de admissão no atendimento especializado, o paciente com o acompanhamento mais longo estava em tratamento há 240 meses (20 anos) e o mais recente há 24 meses (2 anos), com uma mediana de 42 meses (3,5 anos) de tratamento no ambulatório terciário. Quando questionados diretamente sobre há quanto tempo percebiam estar em atendimento especializado, os pacientes apresentaram uma percepção menor do tempo decorrido, com valor mediano de 21 meses e variação entre 1 e 228 meses (19 anos).

O mapeamento das medicações utilizadas pelo grupo identificou quatro categorias principais:

- *Antidepressivos*: sertralina (n = 3), fluoxetina (n = 1), nortriptilina (n = 1), venlafaxina (n = 5), bupropiona (n = 2) e mirtazapina (n = 1);
- *Antipsicóticos atípicos (segunda geração)*: quetiapina (n = 3) e risperidona (n = 1);
- *Antipsicótico típico (primeira geração)*: clorpromazina (n = 1);
- *Estabilizadores de humor*: ácido valpróico (n = 1), lamotrigina (n = 2) e carbonato de lítio (n = 1);
- *Benzodiazepínicos e similares*: alprazolam (n = 1), zolpidem (n = 1) e clonazepam (n = 4);
- *Outros*: oxcarbazepina (n = 1), topiramato (n = 1) e prometazina (n = 1).

Todos os medicamentos listados estavam disponíveis gratuitamente no centro de atendimento terciário; contudo, apenas um subconjunto podia ser obtido nas UBSs sem custo (sertralina, fluoxetina, nortriptilina, risperidona, clorpromazina, ácido valpróico, carbonato de lítio, clonazepam, prometazina e bupropiona — esta última restrita ao tratamento do tabagismo). Outros psicofármacos (quetiapina, lamotrigina, oxcarbazepina e topiramato) exigiam processo administrativo moroso em farmácias especializadas.

Quanto à obtenção das medicações, um paciente (7,1%) não fazia uso de psicofármacos, nove (64,3%) obtinham suas medicações exclusivamente no centro terciário e quatro (28,6%) dividiam a obtenção entre o centro terciário e a UBS. Metade da amostra ($n = 7$) utilizava apenas medicamentos psiquiátricos, enquanto a outra metade combinava psicofármacos com anti-hipertensivos, antidiabéticos e hipoglicemiantes orais. Em relação à quantidade de psicofármacos: um paciente (7,1%) não usava; três (21,4%) usavam um; cinco (35,7%) usavam dois; um (7,1%) usava três; dois (14,3%) usavam quatro; e dois (14,3%) usavam seis medicamentos. Todos realizavam acompanhamento psiquiátrico no serviço terciário e quatro (28,6%) recebiam suporte psicoterapêutico externo.

Na avaliação de satisfação, 12 participantes (85,7%) declararam-se completamente satisfeitos e dois (14,3%) razoavelmente satisfeitos. Na autoavaliação de melhora clínica, um paciente (7,1%) relatou não ter apresentado melhora, quatro (28,6%) relataram melhora leve, seis (42,9%) melhora significativa e três (21,4%) melhora completa.

Sobre o suporte social, 11 (78,6%) relataram bom a excelente contato com familiares e amigos, enquanto três (21,4%) sentiam-se isolados. Quanto ao apoio recebido, dois (14,3%) relataram ter pouco apoio, sete (50,0%) algum apoio e cinco (35,7%) apoio total. Em relação ao trabalho, três (21,4%) avaliaram a relação como muito ruim, dois (14,3%) como ruim, quatro (28,6%) como boa com dificuldades e cinco (35,7%) como excelente. Quanto à organização para tarefas diárias ou profissionais, um participante (7,1%) declarou não ter nenhuma organização, sete (50,0%) pouca organização, quatro (28,6%) organização com dificuldades e dois (14,3%) excelente organização.

Sobre a alta do serviço terciário, nove indivíduos (64,3%) declararam sentir-se inseguros em retornar à atenção primária, três (21,4%) razoavelmente seguros e apenas dois (14,3%) completamente seguros. Além disso, 10 (71,4%) afirmaram não se sentir confortáveis em ser atendidos na UBS, três (21,4%) relataram ter dúvidas e apenas um (7,1%) sentia-se totalmente à vontade.

A análise qualitativa por meio do DSC revelou as ideias centrais e discursos-síntese sobre a experiência no PRO-AMITI ([Tabela 1](#)) e sobre as perspectivas de continuidade do tratamento no [SUS](#) ([Tabela 2](#)).

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo demonstram que a transição do cuidado em saúde mental do nível terciário para a [APS](#) é vivenciada pelos usuários como um processo complexo, permeado por insegurança, ambivalência e resistência. Embora a maioria dos participantes tenha relatado elevada satisfação com o tratamento recebido e melhora significativa dos sintomas, persistiram preocupações importantes relacionadas à continuidade do acompanhamento fora do serviço especializado.

Esse achado sugere que a estabilidade clínica, por si só, não é suficiente para garantir a aceitação da alta e da transferência do cuidado para outros pontos da Rede de Atenção à Saúde. A literatura destaca que a coordenação do cuidado e a articulação entre os diferentes níveis assistenciais constituem elementos fundamentais para a integralidade da atenção, especialmente em condições crônicas que demandam acompanhamento longitudinal [[4](#), [8](#)].

A transição do cuidado tem sido reconhecida como um dos momentos mais vulneráveis da trajetória assistencial dos usuários. Quando esse processo ocorre sem planejamento estruturado, comunicação efetiva entre equipes e participação ativa do paciente, aumenta o risco de descontinuidade do tratamento, abandono do acompanhamento e agravamento dos sintomas [[24](#)]. Sob essa perspectiva, a resistência à alta observada neste estudo pode ser compreendida como um indicador das fragilidades ainda existentes nos mecanismos de integração entre os diferentes níveis da rede de atenção.

Um dos achados mais relevantes foi a permanência prolongada dos participantes no serviço especializado. A mediana de 42 meses de acompanhamento sugere que a circulação dos usuários na rede ocorre de forma lenta, mesmo entre indivíduos considerados clinicamente estáveis. Além disso, a discrepância observada entre o tempo real e o tempo percebido de tratamento revela um aspecto particularmente interessante: à medida que o acompanhamento se prolonga, o vínculo com o serviço tende a ser incorporado à experiência cotidiana do usuário, tornando-se parte de sua identidade terapêutica. Nessa condição, a alta deixa de representar apenas a conclusão de uma etapa assistencial e passa a ser vivenciada como uma possível perda de suporte e proteção institucional.

Esse fenômeno parece estar intimamente relacionado ao papel do vínculo terapêutico. Os discursos analisados evidenciaram que os participantes

valorizavam não apenas os resultados clínicos obtidos, mas também o acolhimento, a escuta qualificada, a disponibilidade dos profissionais e o sentimento de serem compreendidos em suas dificuldades. O apoio da equipe multiprofissional foi a ideia central positiva mais frequentemente mencionada pelos participantes, seguido pela melhor compreensão do problema, pela sensação de acolhimento e pelo reconhecimento da importância do apoio familiar.

Esses elementos correspondem às chamadas tecnologias leves do cuidado, reconhecidas como componentes fundamentais da atenção psicossocial e da promoção da saúde mental [25]. O vínculo estabelecido entre usuários e equipe mostrou-se tão relevante quanto as intervenções clínicas propriamente ditas, tornando-se um importante fator de adesão e permanência no tratamento.

A análise qualitativa também revelou que o tratamento foi percebido como um espaço de reconstrução subjetiva. Muitos participantes destacaram que passaram a compreender melhor seus comportamentos impulsivos, reconhecer seus limites e desenvolver estratégias para lidar com suas dificuldades. Outros relataram a importância da convivência com pessoas que vivenciavam experiências semelhantes, favorecendo a redução do isolamento e o fortalecimento da percepção de pertencimento. Esses achados reforçam a compreensão contemporânea de recuperação em saúde mental como um processo que ultrapassa a remissão sintomática, envolvendo reconstrução de vínculos, fortalecimento da autonomia e retomada de projetos de vida [25 - 26].

Apesar da melhora clínica relatada pela maioria dos participantes, persistiam dificuldades relacionadas à organização das atividades cotidianas, inserção laboral e percepção de autonomia. Esse resultado evidencia uma dissociação entre recuperação clínica e recuperação funcional.

Em outras palavras, a redução dos sintomas não necessariamente se traduz em segurança subjetiva para enfrentar novos desafios ou assumir integralmente a condução do próprio cuidado. Essa dissociação ajuda a compreender por que usuários que se consideram beneficiados pelo tratamento ainda manifestam receio diante da alta.

Outro aspecto importante refere-se à elevada complexidade terapêutica identificada na amostra. A maioria dos participantes utilizava múltiplos

psicofármacos e metade apresentava condições clínicas crônicas concomitantes. O aumento da prevalência das doenças crônicas e o envelhecimento populacional têm ampliado a necessidade de modelos assistenciais integrados, capazes de responder simultaneamente a demandas clínicas e de saúde mental [27]. Nesse contexto, a APS assume papel estratégico na coordenação longitudinal do cuidado e na articulação entre os diferentes pontos da rede assistencial [4, 7].

Entretanto, verificou-se importante dependência do serviço terciário para obtenção dos medicamentos utilizados pelos participantes. Embora parte dos psicofármacos estivesse disponível na rede básica, diversos medicamentos dependiam de farmácias especializadas ou de processos administrativos específicos. Estudos sobre acesso a medicamentos demonstram que dificuldades relacionadas à disponibilidade e continuidade da dispensação podem comprometer a adesão terapêutica e aumentar a insegurança dos usuários em relação aos serviços de saúde[28]. Assim, a dependência farmacológica do serviço especializado parece constituir um fator adicional de resistência à transição do cuidado.

Os resultados também evidenciaram percepções predominantemente negativas em relação à [APS](#). As principais preocupações envolveram demora para agendamento de consultas, escassez de profissionais especializados e experiências insatisfatórias com o atendimento. A demora para obtenção de consultas foi a principal preocupação relatada pelos participantes, seguida pela percepção de insuficiência de profissionais e pela avaliação negativa da qualidade do atendimento em algumas unidades. Tais percepções são consistentes com revisões recentes que identificam desafios persistentes para a integração da saúde mental na atenção primária, incluindo limitações na formação dos profissionais, sobrecarga assistencial e dificuldades de articulação com a rede especializada [29].

Um aspecto particularmente relevante é que parte dessas percepções não se originava de experiências diretas. Alguns participantes relataram nunca ter utilizado outros serviços públicos de saúde além do próprio ambulatório especializado, enquanto outros fundamentavam sua desconfiança em relatos de terceiros. Esse resultado sugere que a aceitação da transição do cuidado é influenciada não apenas pela experiência concreta dos usuários, mas também por representações sociais acerca da qualidade e da capacidade resolutiva dos serviços. A construção da confiança na rede,

portanto, envolve dimensões simbólicas que frequentemente permanecem invisíveis nos processos formais de encaminhamento.

Essas percepções encontram respaldo em evidências internacionais que apontam barreiras persistentes ao cuidado em saúde mental na atenção primária, especialmente em países de média e baixa renda. Entre os obstáculos mais frequentemente descritos destacam-se insuficiência de recursos humanos, acesso limitado aos serviços especializados, estigma relacionado aos transtornos mentais e dificuldades de coordenação entre os diferentes níveis assistenciais [30]. Tais fatores contribuem para a manutenção da imagem de que o cuidado especializado seria mais seguro e resolutivo, mesmo quando os usuários já apresentam condições clínicas compatíveis com o acompanhamento na [APS](#).

Diante desse cenário, os resultados deste estudo reforçam a necessidade de implementação de estratégias estruturadas de transição do cuidado. A literatura sugere que intervenções como planejamento compartilhado da alta, reuniões intersetoriais, discussão conjunta de casos, contato prévio com o serviço de destino e acompanhamento temporário compartilhado favorecem a continuidade assistencial e reduzem a percepção de ruptura do cuidado [24]. Essas estratégias permitem que a transferência ocorra de forma gradual, preservando a sensação de segurança dos usuários e fortalecendo a confiança nos serviços da rede.

Nesse sentido, a proposta de criação de uma Comissão de Alta mostra-se particularmente pertinente. Mais do que um mecanismo administrativo, tal dispositivo pode funcionar como espaço de mediação entre usuários, equipes e serviços, favorecendo a construção de planos terapêuticos compartilhados e a preparação progressiva para a continuidade do cuidado. A aproximação gradual com os serviços de destino, o compartilhamento de informações entre equipes, a revisão dos esquemas terapêuticos e o esclarecimento das possibilidades de cuidado disponíveis na rede podem contribuir para reduzir a percepção de ruptura e fortalecer a confiança dos usuários na continuidade da assistência.

Assim, os achados deste estudo sugerem que a efetividade da transição do cuidado em saúde mental depende não apenas da disponibilidade de recursos assistenciais, mas também da capacidade dos serviços de promover continuidade relacional, integração entre equipes e construção de confiança ao longo de toda a trajetória terapêutica do usuário.

Limitações do estudo

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação de seus resultados. Primeiramente, trata-se de uma amostra reduzida, composta por 14 participantes provenientes de um único serviço terciário altamente especializado, o que limita a transferência dos achados para outros contextos assistenciais ou perfis de usuários. Embora o delineamento qualitativo não tenha como objetivo a representatividade estatística, o tamanho da amostra restringe a diversidade de experiências captadas.

Adicionalmente, o perfil dos participantes, caracterizado por pacientes clinicamente estáveis, em fase de manutenção do tratamento e com longo tempo de vínculo com o serviço, pode ter contribuído para a elevada satisfação com o cuidado recebido e, simultaneamente, para a resistência observada em relação à transição para a atenção primária. Dessa forma, as percepções aqui descritas podem diferir daquelas de usuários em fases iniciais do tratamento, em situações de maior instabilidade clínica ou com trajetórias assistenciais distintas.

Outro aspecto a ser considerado refere-se ao contexto temporal da coleta de dados, realizada durante a pandemia de COVID-19. As restrições impostas pelo período, incluindo o distanciamento social, a reorganização dos serviços de saúde e os impactos sobre trabalho, renda e redes de apoio, podem ter influenciado as percepções de autonomia, funcionalidade e segurança relatadas pelos participantes, bem como intensificado receios relacionados à continuidade do cuidado.

Além disso, o estudo concentrou-se exclusivamente na perspectiva dos usuários, não contemplando as percepções de profissionais da [APS](#), equipes especializadas, gestores ou familiares. A inclusão desses diferentes atores poderia ampliar a compreensão dos fatores envolvidos na transição do cuidado e contribuir para uma análise mais abrangente dos desafios relacionados à continuidade assistencial em saúde mental.

Por fim, embora o método DSC permita integrar abordagens qualitativas e quantitativas e representar percepções coletivas de forma sistematizada, sua utilização implica necessariamente um processo de síntese interpretativa por parte dos pesquisadores, o que pode atenuar nuances individuais das experiências relatadas. Ainda assim, a utilização criteriosa das expressões-chave e das ideias centrais buscou preservar a fidelidade às narrativas dos participantes.

Estudos futuros poderão aprofundar a compreensão desse fenômeno por meio da inclusão de diferentes atores envolvidos na transição do cuidado, bem como da investigação de distintas realidades assistenciais e contextos institucionais, contribuindo para o desenvolvimento de estratégias mais efetivas de integração entre os serviços e de fortalecimento da continuidade do cuidado em saúde mental.

CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou que a transição do cuidado em saúde mental entre serviços especializados e a [APS](#) não pode ser compreendida apenas como um processo administrativo de encaminhamento entre diferentes níveis assistenciais. Para os usuários, a alta envolve dimensões subjetivas, relacionais e simbólicas associadas à confiança, ao pertencimento e aos vínculos construídos ao longo do tratamento, elementos que influenciam diretamente a aceitação da continuidade do cuidado em outros serviços da rede.

Embora os participantes tenham relatado elevada satisfação com o tratamento recebido e importante melhora clínica, a maioria manifestou insegurança diante da possibilidade de acompanhamento na [APS](#). Os resultados sugerem que a melhora clínica, embora necessária, não é suficiente para assegurar a prontidão dos usuários para a transição do cuidado, uma vez que aspectos relacionais, organizacionais e contextuais também influenciam a forma como a alta é percebida e vivenciada.

Ao dar visibilidade às experiências dos pacientes, este estudo contribui para ampliar a compreensão sobre os desafios da integração entre os diferentes pontos da rede de atenção em saúde mental. Os achados indicam que a continuidade do cuidado depende não apenas da existência de fluxos assistenciais formalmente definidos, mas também da capacidade dos serviços de construir confiança, compartilhar responsabilidades e sustentar vínculos ao longo do percurso terapêutico. Nesse contexto, a transição do cuidado mostra-se mais efetiva quando é construída de forma compartilhada entre usuários, equipes especializadas e profissionais da APS, reconhecendo os pacientes como participantes ativos na definição de seus percursos assistenciais.

Os resultados também apontam para a pertinência de dispositivos estruturados de transição do cuidado, como a Comissão de Alta implantada no Instituto de Psiquiatria do [HCFMUSP](#), que buscam favorecer a articulação entre serviços, a preparação gradual dos usuários para a alta e

a construção de planos terapêuticos compartilhados. Entretanto, a efetividade dessas estratégias ainda precisa ser investigada por estudos futuros, capazes de avaliar seus impactos sobre a adesão ao tratamento, a utilização da rede assistencial, a satisfação dos usuários e os desfechos clínicos de longo prazo.

Por fim, os achados sugerem que a continuidade do cuidado em saúde mental não se sustenta apenas pela transferência de responsabilidades entre serviços, mas pela capacidade da rede de preservar vínculos, construir confiança e oferecer aos usuários a segurança necessária para seguir novos caminhos terapêuticos. Mais do que transferir usuários entre pontos de atenção, o desafio consiste em garantir que o cuidado permaneça contínuo, significativo e compartilhado ao longo de toda a trajetória assistencial.

REFERÊNCIAS

- 1. Castro MC, Massuda A, Almeida G, Menezes-Filho NA, Andrade MV, Noronha KVM, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet*. 2019;394(10195):345-56. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7) PMid:31303318
- 2. Machado CV, Silva GA. Political struggles for a universal health system in Brazil: successes and limits in the reduction of inequalities. *Glob Health*. 2019;15(1):77. <https://doi.org/10.1186/s12992-019-0523-5> PMid:31775903 PMCid:PMC6881910
- 3. Silva JAA, Costa EA, Lucchese G. SUS 30 anos: vigilância sanitária. *Cien Saude Colet*. 2018;23(6):1953-61. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04972018> PMid:29972502
- 4. Moll MF, Goulart MB, Caprio AP, Ventura CAA, Ogoshi AACM. O conhecimento dos enfermeiros sobre as redes de atenção à saúde. *REUOL*. 2017;11(1):86-93. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i1a11881p86-93-2017>

5. Portela GZ. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. *Physis*. 2017;27(2):255-76.
<https://doi.org/10.1590/s0103-73312017000200005>
6. Guedes BAP, Vale FLB, Sousa RMG, Costa AM, Araújo KS. A organização da atenção ambulatorial secundária na SESDF. *Cien Saude Colet*. 2019;24(6):2125-34. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08632019> PMid:31269171
7. Gama CAP, Lourenço RF, Coelho VAA, Campos CG, Guimarães DA. Os profissionais da Atenção Primária à Saúde diante das demandas de saúde mental: perspectivas e desafios. *Interface*. 2021;25:e200438. <https://doi.org/10.1590/interface.200438>
8. Santos MM, Peradotto BC, Micheletti VCD, Treviso P. Transição do cuidado da atenção terciária para a atenção primária: revisão integrativa da literatura. *Nursing*. 2022;25(290):8173-82.
<https://doi.org/10.36489/nursing.2022v25i290p8173-8182>
9. Stravogiannis ALC, Kim HS, Sophia EC, Sanches C, Zilberman ML, Tavares H. Pathological jealousy and pathological love: apples to apples or apples to oranges? *Psychiatry Res*. 2018;259:562-70.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.11.029> PMid:29179138
10. Kim HS, Christianini AR, Bertoni D, Oliveira MCM, Hodgins DC, Tavares H. Kleptomania and co-morbid addictive disorders. *Psychiatry Res*. 2017;250:35-7.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.048> PMid:28142063
11. Filomensky TZ, Tavares H. Compulsive buying disorder. In: el-Guebaly N, Carrà G, Galanter M, editors. *Textbook of Addiction Treatment*. Cham: Springer; 2020. p. 979-94.
https://doi.org/10.1007/978-3-030-36391-8_69
12. Oliveira E, Kim HS, Lacroix E, Vasques MF, Durante CR, Pereira D, Cabral JR, Bernstein PS, Garcia X, Ritchie EV, Tavares H. The clinical utility of food addiction: characteristics and psychosocial impairments in a treatment-seeking sample. *Nutrients*. 2020;12(11):3388. <https://doi.org/10.3390/nu12113388>
 PMid:33158105 PMCID:PMC7694167

- 13. Sá RRC, Coelho S, Parmar PK, Johnstone S, Kim HS, Tavares H. A systematic review of pharmacological treatments for Internet Gaming Disorder. *Psychiatry Investig.* 2023;20(8):696-706. <https://doi.org/10.30773/pi.2022.0297> PMid:37559452 PMCID:PMC10460977
- 14. Scanavino MDT, Guirado AG, Marques JM, Amaral MLS, Messina B, Reis SC, Barros VB, Abdo CHN, Tavares H, Parsons JT. Treatment effects and adherence of sexually compulsive men in a randomized controlled trial of psychotherapy and medication. *J Behav Addict.* 2023;12(1):261-77. <https://doi.org/10.1556/2006.2023.00004> PMid:36897612 PMCID:PMC10260211
- 15. Tang KTY, Kim HS, Hodgins DC, McGrath DS, Tavares H. Gambling disorder and comorbid behavioral addictions: demographic, clinical, and personality correlates. *Psychiatry Res.* 2020;284:112763. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112763> PMid:31951870
- 16. Medeiros GC, Seger-Jacob L, Garreto AK, Kim HS, Coccaro EF, Tavares H. Aggression directed towards others vs. aggression directed towards the self: clinical differences between intermittent explosive disorder and nonsuicidal self-injury. *Braz J Psychiatry.* 2019;41(4):303-9. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0149> PMid:30843959 PMCID:PMC6804311
- 17. Petry NM, Zajac K, Ginley MK. Behavioral addictions as mental disorders: to be or not to be? *Annu Rev Clin Psychol.* 2018;14:399-423. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816-045120> PMid:29734827 PMCID:PMC5992581
- 18. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 [Internet]. 5a ed. Porto Alegre: Artmed; 2014. <https://membros.analysispsicologia.com.br/wp-content/uploads/2024/06/DSM-V.pdf>
- 19. Jebb AT, Ng V, Tay L. A review of key Likert scale development advances: 1999-2019. *Front Psychol.* 2021;12:637547. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.637547> PMid:34017283 PMCID:PMC8129175

- 20. Dourado GB, Volpato GH, Almeida-Pedrin RR, Oltramari PVP, Fernandes TMF, Conti ACCF. Likert scale vs visual analog scale for assessing facial pleasantness. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2021;160(6):844-52. <https://doi.org/10.1016/j.ajodo.2020.05.024> PMid:34593260
- 21. Lefevre F, Lefevre AMC. O sujeito coletivo que fala. *Interface*. 2006;10(20):517-24. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832006000200017>
- 22. Lefevre F, Lefevre AMC, Marques MCC. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. *Cien Saude Colet*. 2013;18(4):1193-202. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000400027> PMid:23670391
- 23. Figueiredo MZA, Chiari BM, Goulart BNG. Discurso do sujeito coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa qualiquantitativa. *Disturb Comun*. 2013;25(1):129-36. <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/14931>
- 24. Blasi PR, Hadjistavropoulos HJ, MacKenzie HM, Funk MH, Nickel NC, Sareen J. Transitioning patients from outpatient mental health services to primary care: a rapid literature review. *Implement Res Pract*. 2021;2:26334895211041294. <https://doi.org/10.1177/26334895211041294> PMid:37089993 PMCID:PMC9981893
- 25. Jorge MSB, Pinto DM, Quinderé PHD, Pinto AGA, Sousa FSP, Cavalcante CMP. Promoção da saúde mental: tecnologias do cuidado, vínculo, acolhimento, corresponsabilização e autonomia. *Cien Saude Colet*. 2011;16(7):3051-60. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800005> PMid:21808893
- 26. Dalmolin IS, Heidemann ITSB. Integrative and complementary practices in primary care: unveiling health promotion. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2020;28:e3277. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3162.3277> PMid:32520237 PMCID:PMC7282717
- 27. Hambleton IR, Caixeta R, Luciani S, Niederdeppe J, Hennis AJ. The rising burden of non-communicable diseases in the Americas and the impact of population aging: a secondary analysis of

available data. Lancet Reg Health Am. 2023;21:100483.
<https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100483> PMid:37065858
PMCID:PMC10090658

- 28. ↑ Álvares J, Alves MCGP, Escuder MML, Almeida AM, Izidoro JB, Guerra AA Jr, Costa KS, Costa EA, Guibu IA, Soeiro OM, Leite SN, Karnikowski MGO, Acurcio FA. National Survey on Access, Use and Promotion of Rational Use of Medicines: methods. Rev Saude Publica. 2017;51(Suppl 2):2s. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007027> PMid:29160446 PMCID:PMC5676398
- 29. ↑ Oliveira JL, Silva JL, Souza J, Oliveira A, Santos MA. Mental Health Care in Primary Health Care: an integrative review. Issues Ment Health Nurs. 2023;44(4):329-37.
<https://doi.org/10.1080/01612840.2023.2189954> PMid:37015019
- 30. ↑ Rameez S, Nasir A. Barriers to mental health treatment in primary care practice in low- and middle-income countries in a post-COVID era: a systematic review. J Family Med Prim Care. 2023;12(8):1485-504.
https://doi.org/10.4103/jfmprc.jfmprc_391_22 PMid:37767443
PMCID:PMC10521856

↑ **Tabela 1.** Discursos do Sujeito Coletivo (DSC)

DSC positivo	Ideia central	Fragmento de fala	DSC negativo	Ideia central	Fragmento de fala
#1	O apoio oferecido pela equipe de profissionais foi bom. n = 9 (64%)	"A equipe é muito boa, o apoio é excelente, todos são capacitados e dispostos a ajudar."	#1	O apoio nem sempre esteve disponível. n = 1 (7%)	"O tempo entre uma consulta e outra é muito longo, e não há psicólogo com quem conversar."
#2	Nenhum sintoma relacionado ao impulso. n = 3 (21%)	"Não tenho mais sintomas impulsivos."	#2	Podem ocorrer recaídas. n = 2 (14%)	"Fiquei cerca de 6 meses sem comportamentos compulsivos. Depois eles voltaram, não como antes, mas ainda assim estão presentes e ainda preciso lidar com as consequências a longo prazo da minha perda de controle."
#3	Satisfação com o tratamento n = 1 (7%)	"Estou 99% satisfeito(a)".	#3	Problemas com a troca de médico assistente n = 1 (7%)	"Acho que às vezes a rotatividade dos residentes não é muito produtiva; justamente quando você se acostuma com o médico, ele sai. Mas entendo que é um hospital de ensino e que preciso participar disso."
#4	Sentimento de acolhimento n = 2 (14%)	"Eu me sentia péssima quando chegava lá, mas encontrei pessoas capazes de me compreender sem me crucificar. Fui acolhida como ser humano, com falhas, cometendo erros como qualquer pessoa."	#4	Início difícil n = 5 (35%)	"Cheguei desesperada, meu filho me fazia sentir que eu estava louca, porque perdi meu emprego, que era a coisa mais importante da minha vida. Senti-me um lixo quando cheguei aqui."
#5	Melhor compreensão do problema	"Eles me mostraram que eu poderia voltar a ser	#5	Sentimento de controle sobre	"Não perco o controle há três anos. Quando você reconhece o

	n = 5 (35%)	uma pessoa com minhas capacidades normais, que eu tinha uma doença compulsiva, mas que tinha potencial para melhorar."		os impulsos, mas alguns sintomas permaneceram n = 1 (7%)	problema, fica mais difícil, mas foi muito útil compreendê-lo. Ainda assim, sinto-me deprimida e tenho pensamentos de desânimo e falta de perspectiva."
DSC positivo	Ideia central	Fragmento de fala			
#6	Nenhuma dificuldade em aceitar o tratamento n = 1 (7%)	"Deu tudo certo, não tive dificuldade em aceitar o tratamento."			
#7	A relevância da medicação n = 2 (14%)	"Quanto à medicação, ela está sempre disponível, o que facilita a manutenção e o controle."			
#8	A relevância do apoio familiar n = 3 (21%)	"Recebi muito apoio em casa. Minha filha me trouxe para o tratamento, ela me perguntou se eu realmente queria fazê-lo, porque eu teria que levar a sério."			
#09	Identificação com outros pacientes n = 1 (7%)	"Pude perceber que havia muitas pessoas na mesma situação que eu, e comecei a perceber que não estava sozinho(a) nisso. Passei a pensar que precisava seguir em frente."			

Fonte: Os autores

Nota: Ideias centrais e exemplos de fragmentos de fala dos pacientes sobre sua experiência de tratamento no Programa Ambulatorial Integrado dos Transtornos do Impulso (**N=14**) – "Descreva, com suas próprias palavras, como foi a experiência de ser tratado(a) no PRO-AMITI"

↑ **Tabela 2.** Discursos do Sujeito Coletivo (DSC)

DSC	<i>Ideia central</i>	<i>Fragmento de fala</i>
#1	Confiança no sistema de atenção primária n = 2 (14%)	"O sistema de atenção primária possui profissionais adequados, e sinto-me bem em continuar meu tratamento lá."
#2	O agendamento de consultas leva tempo demais n = 8 (57%)	"As consultas no SUS demoram muito para serem agendadas."
#3	Há escassez de profissionais no sistema de atenção primária n = 2 (14%)	"Não há psicólogos nem psiquiatras lá."
#4	O atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS) não é bom n = 3 (21%)	"O atendimento nas UBSs com os médicos não é bom, é muito ruim."
#5	Sem experiência prévia com o sistema público de saúde n = 2 (14%)	"Eu nunca fui a nenhum serviço público de saúde, exceto aqui."
#6	Boatos negativos sobre o sistema de atenção primária n = 1 (7%)	"Ouvi relatos ruins de pessoas que conheço; elas falaram sobre falta de atendimento, falta de médicos, falta de exames e longos períodos de espera para retornos."

Fonte: Os autores.

Nota: ideias centrais e exemplos de fragmentos de fala dos pacientes sobre a continuidade do tratamento no SUS (**N=14**) – "Você se sente confortável em continuar seu tratamento em outros serviços do Sistema Único de Saúde (SUS): Unidade Básica de Saúde (UBS), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS, entre outros? Por favor, explique sua resposta".