

Graziella Lage Oliveira
Waleska Teixeira Caiaffa
Mariangela Leal Cherchiglia

Saúde mental e a continuidade do cuidado em centros de saúde de Belo Horizonte, MG

Mental health and continuity of care in healthcare centers in a city of Southeastern Brazil

RESUMO

OBJETIVO: Analisar os fatores associados à continuidade do cuidado em saúde mental de pacientes encaminhados a centros de saúde.

MÉTODOS: Foi conduzido um estudo de seguimento de 98 pacientes encaminhados a oito centros de saúde com equipe de saúde mental da área de abrangência de um centro de referência à saúde mental, em Belo Horizonte, MG, atendidos entre 2003 e 2004. Variáveis sociodemográficas, clínicas e referentes à continuidade foram descritas e em seguida comparadas, utilizando o teste do qui-quadrado.

RESULTADOS: Após o encaminhamento, 35 pacientes não compareceram para o primeiro atendimento nos centros de saúde. Dos que o fizeram, 38 continuaram em tratamento. Retornar ao centro de referência para nova consulta após o encaminhamento e ter tido mais de dois encaminhamentos foram fatores facilitadores da continuidade do cuidado. Nenhuma característica individual esteve associada à continuidade.

CONCLUSÕES: Os achados sugerem haver uma falha na proposta da linha de cuidado. A continuidade do tratamento parece estar mais relacionada a fatores referentes ao serviço do que a características do paciente.

DESCRITORES: Continuidade da Assistência ao Paciente. Serviços Comunitários de Saúde Mental. Serviços de Saúde Mental. Administração dos Cuidados ao Paciente.

Departamento de Medicina Preventiva e Social. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil

Correspondência | Correspondence:
Graziella Lage Oliveira
Av. Alfredo Balena, 190/625
Bairro Santa Efigênia
30130-100 Belo Horizonte, MG, Brasil
E-mail: grazilage@hotmail.com

Recebido: 13/9/2007
Revisado: 15/11/2007
Aprovado: 3/1/2008

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze factors associated with the continuity of mental health care provided for patients referred to healthcare centers.

METHODS: A follow-up study was carried out with 98 patients assisted between 2003 and 2004. These patients were referred to eight healthcare centers with mental health teams located in the catchment area of a mental health reference center in the city of Belo Horizonte, Southeastern Brazil. Social, demographic, clinical and continuity variables were described and then compared using the chi-square test.

RESULTS: After referral, 35 patients did not attend the first visit in the healthcare center. Of those who did, 38 continued in treatment. To return to the reference center for a new visit after referral and to have had more than two referrals were factors that facilitated continuity of care. No individual characteristic was associated with continuity.

CONCLUSIONS: The findings suggest that there is a gap in the proposal for the line of care. Treatment continuity seems to be more related to service factors than to patients' characteristics.

DESCRIPTORS: Continuity of Patient Care. Community Mental Health Services. Mental Health Services. Patient Care Management.

INTRODUÇÃO

O processo de reforma psiquiátrica introduziu no Brasil uma série de modificações na assistência prestada ao portador de transtorno mental. Um dos principais resultados deste processo foi a criação, na década de 80, de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS).^{2,4,13,14}

Em Belo Horizonte (MG), os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico foram criados na década de 90 e denominados Centros de Referência à Saúde Mental (CERSAM). Assim como os CAPS, os CERSAM foram concebidos para o atendimento de urgências e crises, privilegiando os casos mais graves, antes atendidos apenas pelo hospital psiquiátrico. Os CERSAM atuam de forma regionalizada (atendendo a uma determinada área de abrangência) e hierarquizada (trabalhando com toda a rede de serviços de saúde),^a incluindo centros de saúde, centros de convivência, hospitais gerais, hospitais psiquiátricos e demais serviços.

Em 2008, existiam sete CERSAM em funcionamento, distribuídos entre os nove distritos sanitários do município e inseridos na política municipal de saúde, o "Programa BH Vida: Saúde Integral", que utiliza como estratégia a noção de linha de cuidado.^a Uma das premissas desse programa é que os centros de saúde se tornem a porta de entrada preferencial para os

portadores de transtorno mental, funcionando com fluxos de encaminhamento (referência) a outros serviços e de recebimento dos pacientes (contra-referência). De acordo com a noção de linha de cuidado, esta movimentação dos pacientes pela rede de serviços (CERSAM, hospitais psiquiátricos, hospital geral, centros de saúde) deve ser permanentemente acompanhada pelas equipes dos centros de saúde, responsáveis pela manutenção do contato do paciente com os serviços.

O CERSAM foi idealizado para ser um serviço de curta permanência para os pacientes até o restabelecimento do período de crise, quando são encaminhados para o acompanhamento em outros dispositivos, tais como os centros de saúde. Seguindo a lógica do Programa BH Vida, a trajetória dos pacientes pelos serviços deve ser efetuada de forma segura, sem comprometimento na continuidade do tratamento.^a

É sabido que falhas na continuidade do tratamento para os portadores de transtorno mental afetam negativamente os resultados obtidos pelos pacientes.^{4,5} Tais falhas geram um gasto maior dos recursos dos serviços e se relacionam às altas taxas de suicídio entre os pacientes.

Apesar dessas conseqüências, alguns estudos apontam a dificuldade em se manter a continuidade quando os pacientes saem de serviços de referência e são

^a Secretaria Municipal de Saúde. Propostas da Secretaria Municipal de Saúde. In: Anais da VIII Conferência Municipal de Saúde: etapa municipal da XII Conferência Nacional; 2003; Belo Horizonte, MG, Brasil.

encaminhados para centros de saúde. Em Campinas,^a em 1992, de 150 pacientes encaminhados a centros de saúde para a continuidade do tratamento, 49% não compareceram nem à primeira consulta. Dos que o fizeram, 51,4% abandonaram o tratamento em até quatro meses, período no qual 25% voltaram a ser internados em hospital psiquiátrico. Outro estudo realizado em Belo Horizonte,^b em 1997, mostrou que de 127 pacientes encaminhados para centros de saúde, 45% retornaram ao CERSAM para novo atendimento, dos quais 47,4% foram reinscritos e 49,1% foram reencaminhados.

Os motivos apontados para esta ruptura na continuidade do tratamento se referiram a aspectos de infraestrutura dos serviços (escassez de recursos humanos; falta de medicação, de veículos para visita domiciliar, dentre outros) e a aspectos conceituais (inconsistência entre a política proposta e a implementada e indefinição do referencial teórico e das tecnologias de tratamento a serem utilizadas).^a

Tanto em Campinas^a como em Belo Horizonte,^b não havia ainda uma política específica de acompanhamento dos pacientes durante a passagem para os centros de saúde à época que os estudos foram realizados. Considerando-se que o projeto de saúde mental de Belo Horizonte foi inserido no Programa BH Vida no ano de 2002, torna-se necessário avaliar se a proposta de integralidade da atenção tem sido efetiva no sentido de prover a continuidade do tratamento dos pacientes, por meio da noção de linha de cuidado.

Sendo assim, o presente estudo teve por objetivo analisar os fatores associados à continuidade do cuidado em saúde mental de pacientes encaminhados a centros de saúde. Os resultados podem fornecer subsídios para a avaliação desses serviços e para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde mental que favoreçam o cuidado integral aos pacientes entre os diversos serviços da rede de assistência.

MÉTODOS

Seguindo a lógica de avaliação sugerida por Donabedian (1966),⁷ foi utilizado como indicador o conceito de continuidade, entendido como o movimento ordenado e ininterrupto dos pacientes entre os diversos elementos do sistema de saúde.³ Para isso, foi conduzido um estudo de seguimento não concorrente de pacientes atendidos por um CERSAM de Belo Horizonte, encaminhados para centros de saúde de sua área de abrangência.

A população pesquisada foi composta pelos pacientes inscritos no CERSAM no período entre 1/1/2003 e

31/7/2004 (n=214). Destes pacientes, 106 haviam sido encaminhados para centros de saúde ao final da coleta dos dados (maio/2005), dos quais 98 (n=98) preencheram os critérios de inclusão para o estudo (Figura). Foram excluídos os pacientes encaminhados para centros de saúde fora da área de abrangência do serviço ou que não tinham a identificação do centro de saúde para o qual foram encaminhados. Foram visitados oito centros de saúde da área de abrangência do CERSAM para os quais os pacientes haviam sido encaminhados. Esses centros de saúde possuíam equipe mínima de saúde mental, composta por um psiquiatra e dois técnicos de nível superior. Todos os pacientes tiveram um período mínimo de seguimento de nove meses a contar da data de inscrição no CERSAM. Este período foi definido a partir de estudos anteriores que estimaram o tempo de permanência em serviços como o CERSAM^b e o tempo entre a perda da consulta após encaminhamento e o retorno ao serviço.¹⁹

As informações referentes às características sociodemográficas, clínicas e relacionadas ao encaminhamento para os centros de saúde foram obtidas no CERSAM, por meio de um protocolo denominado ficha de triagem. As variáveis relacionadas à continuidade do cuidado nos centros de saúde foram obtidas por meio da ficha de continuidade: tempo entre encaminhamento do CERSAM e primeira consulta no centro de saúde, duração do tratamento no centro de saúde, situação atual do paciente e intervalo dos atendimentos. Os instrumentos de coleta foram criados pelos autores e pré-testados em estudo piloto.

A continuidade foi definida como a manutenção do contato do paciente com os centros de saúde após o encaminhamento do CERSAM e sua permanência no serviço por pelo menos três meses antes da coleta de dados, sem indicação de abandono até esta data. A escolha deste período justifica-se porque alguns pacientes realizam consultas trimestralmente. A coleta das informações relativas à continuidade foi feita diretamente dos prontuários médicos dos centros de saúde e durou quatro meses.

Os dados coletados foram armazenados no programa EpiInfo⁶ versão 6.04 e analisados pelo programa SPSS, versão 11.5.²⁰

Foi realizada análise descritiva e comparativa utilizando o qui-quadrado de Pearson ou o teste exato de Fisher, quando apropriado, tomando o valor $p < 0,05$ para verificação da significância estatística. Para a análise comparativa, adotou-se como variável dependente a continuidade do cuidado em centros de saúde da área de abrangência do CERSAM.

^a Amaral MA. Análise da implementação da política de saúde mental para a rede básica em Campinas – 1992/1993 [dissertação de mestrado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Federal de Campinas; 1995.

^b Melo APS. Fatores determinantes do abandono do tratamento psiquiátrico em um centro de referência em saúde mental (CERSAM – Pampulha), em BH (MG), 1997-1998 [dissertação de mestrado]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; 2000.

Foram realizadas análises comparativas: 1) entre pacientes encaminhados que não chegaram aos centros de saúde com pacientes que tiveram continuidade do cuidado; 2) entre o diagnóstico e variáveis relacionadas à condução do tratamento dos pacientes encaminhados para os centros de saúde (duração do tratamento no CERSAM, tempo decorrido entre o encaminhamento e a primeira consulta no centro de saúde, número de encaminhamentos, retorno ao CERSAM após encaminhamento) – considerando que o diagnóstico pode interferir na continuidade⁵ e; 3) entre pacientes que apresentaram continuidade do cuidado com pacientes que não estavam mais nos centros de saúde.

Para a análise relativa ao diagnóstico, optou-se por dividi-lo em duas categorias principais: psicóticos e outros. Esta última categoria incluiu, de acordo com a CID-10, os transtornos de humor (F30-F39), transtornos neuróticos (F40-F49) e dois ou mais diagnósticos associados – F09+F31; G40+F19+F29; F40 ou F32; F19+F70; F29+ F00; F20+F32; F20+F60.

O projeto foi aprovado pelos comitês de ética em pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG, sob o parecer 047/2005 e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA), sob o parecer 013/2005.

RESULTADOS

Dentre os 98 pacientes encaminhados para os centros de saúde pelo CERSAM, 64 eram mulheres. A idade média era de 39,2 anos (mediana: 36,5; variação: 21-72; DP=11). Os diagnósticos mais frequentes foram os transtornos psicóticos (n=43), transtornos de humor (n=18), transtornos neuróticos (n=7), e alcoolismo (n=5). Vinte e três pacientes apresentaram dois ou mais diagnósticos associados sem distinção de qual seria o principal. Mulheres foram proporcionalmente mais frequentes que homens em todas as categorias diagnósticas.

A média de duração do tratamento dos pacientes no CERSAM, medida pelo tempo entre a inscrição e a última consulta no serviço, foi de 240,79 dias (mediana: 181,5 dias; variação: 0-759; DP=202,52). A maioria dos pacientes (n=32) permaneceu no serviço de um a seis meses, 27 por mais de um ano, 23 de seis meses a um ano e 16 por até um mês.

O tempo médio entre o primeiro encaminhamento do CERSAM e a primeira consulta no centro de saúde foi de 79,16 dias, aproximadamente 2,63 meses (mediana: 40 dias; variação: 0-662; DP=124,8). Vinte e cinco pacientes realizaram a consulta em até um mês, 24 de um a três meses e 14 em mais de três meses.

Nos centros de saúde, o tempo médio de tratamento dos pacientes foi de 327,11 dias (mediana: 273 dias; variação: 0-804; DP=223,8), 24 permaneceram em

tratamento por mais de um ano, 22 de seis meses a um ano e 17 por até seis meses.

A maioria dos pacientes foi encaminhada para os centros de saúde apenas uma vez (n=68). Após o primeiro encaminhamento, 34 pacientes retornaram ao CERSAM para nova consulta: 9 por esquecimento de consulta no centro de saúde, abandono de tratamento ou doença; 9 para buscar medicação; 6 por dificuldade de agendar consulta no centro de saúde; 6 por ausência do profissional de referência no centro de saúde e; 4 por resistência ao tratamento no centro de saúde.

Dos 22 pacientes que chegaram ao CERSAM por meio de encaminhamento de centros de saúde (contra-referência), metade dos pacientes retornou ao mesmo centro de saúde que o encaminhou ao CERSAM.

Ao final da coleta dos dados, 35 pacientes não tiveram seus prontuários encontrados nos centros de saúde visitados; 38 continuaram em tratamento nestes centros; 14 abandonaram o tratamento; 9 foram encaminhados para outros serviços de saúde mental e 2 foram reinscritos no CERSAM.

Dos pacientes que permaneceram em tratamento nos centros de saúde (n=38), 18 realizaram suas consultas mensalmente, 13 a cada dois meses, 5 semanalmente, 1 quinzenalmente e, 1 trimestralmente.

Dada a importância do diagnóstico para a continuidade do cuidado e para o manejo dos pacientes, optou-se por realizar uma análise das variáveis relacionadas à condução do tratamento dos pacientes encaminhados em relação ao diagnóstico. Os resultados encontram-se descritos na Tabela 1. O diagnóstico não se mostrou estatisticamente significativo para as variáveis: duração do tratamento no CERSAM, número de encaminhamentos realizados pelo CERSAM, retorno ao CERSAM após o encaminhamento e, tempo decorrido entre o encaminhamento do CERSAM e a primeira consulta no centro de saúde.

Para os pacientes que permaneceram em tratamento nos centros de saúde (n=38), os intervalos de atendimento foram iguais para todos os diagnósticos. A maioria dos pacientes com transtorno psicótico e outros diagnósticos (transtornos de humor, neuróticos, dois ou mais diagnósticos associados) realizaram consultas mensalmente. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os intervalos de atendimento por diagnóstico, apesar da maior proporção de pacientes com diagnóstico de psicose que realizaram consultas em intervalo maior que um mês (n=9), comparado aos outros diagnósticos (n=4).

Como foi elevado o número de pacientes cujos prontuários não foram encontrados nos centros de saúde (n=35), optou-se por fazer uma análise univariada para

Tabela 1. Variáveis relacionadas à condução do tratamento dos pacientes encaminhados para centros de saúde segundo o transtorno. Belo Horizonte, MG, 2003-2004. N=98

Variável	n*	Transtorno				p**
		Psicóticos		Outros		
		n	%	n	%	
Duração do tratamento no CERSAM***						0,399
Até 6 meses	47	19	44,0	28	53,0	
Mais de 6 meses	49	24	56,0	25	47,0	
Encaminhamentos realizados						0,652
Um	67	29	67,0	38	72,0	
Dois ou mais	29	14	33,0	15	28,0	
Retorno ao CERSAM após primeiro encaminhamento						0,598
Sim	33	16	37,0	17	32,0	
Não	63	27	63,0	36	68,0	
Tempo entre o primeiro encaminhamento do CERSAM e primeira consulta no centro de saúde						0,960
Até um mês	25	12	40,0	13	41,0	
Mais de um mês	37	18	60,0	19	59,0	
Intervalo dos atendimentos no centro de saúde****						0,173
Até um mês	24	11	55,0	13	76,5	
Mais de um mês	13	9	45,0	4	23,5	

* Variou com a exclusão de indivíduos com informações ignoradas

** Qui-quadrado de Pearson

*** CERSAM: Centro de Referência à Saúde Mental

**** Total referente aos pacientes em tratamento no centro de saúde (n=38)

se verificar se existiam diferenças entre pacientes com e sem prontuários nos serviços (Tabela 2). A análise indicou que as chances de se chegar ao centro de saúde foram estatisticamente maiores entre os pacientes que retornaram ao CERSAM para nova consulta após o primeiro encaminhamento para o centro de saúde (OR=3,00; IC 95%:1,05;8,88). Nenhuma outra variável relacionada ao paciente, como sexo, idade ou diagnóstico, esteve associada à chegada do paciente nos centros de saúde.

A análise univariada para verificar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre os pacientes que continuavam em tratamento nos centros de saúde da área de abrangência do CERSAM (n=38) e os pacientes que não estavam mais nestes centros de saúde (n=25) encontra-se na Tabela 3. Os resultados mostraram que as chances de se manter em tratamento nos centros de saúde foram estatisticamente maiores para os pacientes que foram encaminhados duas ou mais vezes (OR=4,00; IC 95%:1,10;15,32) e para os pacientes que retornaram ao CERSAM para nova consulta após o primeiro encaminhamento (OR=3,91; IC 95%:1,13;14,05). As demais associações não apresentaram diferenças estatisticamente significativas.

DISCUSSÃO

Mais de um terço dos pacientes encaminhados para os centros de saúde da área de abrangência do CERSAM estudado não conseguiram sequer chegar a esses locais. Dos que conseguiram, 38 continuaram seu tratamento, mas nenhuma característica individual esteve associada à continuidade do cuidado.

A importância da continuidade do cuidado para os portadores de transtorno mental tem sido extensamente reforçada na literatura internacional, abrangendo vários aspectos e serviços avaliados.^{3,9,10,21} No entanto, no Brasil, foi encontrado apenas um estudo, realizado em Campinas^a que avaliou especificamente este tema e detectou problemas relativos à falta de clareza das diretrizes operacionais, infra-estrutura, sistemática de planejamento e avaliação dos serviços quando da implementação da política de saúde mental na rede básica, refletindo no comprometimento da continuidade dos pacientes.

A carência de estudos brasileiros enfocando a continuidade do cuidado se torna ainda mais preocupante, uma vez que as intervenções em saúde mental em no País ainda estão em fase de aprimoramento. Os CAPS, NAPS,

^a Amaral MA. Análise da implementação da política de saúde mental para a rede básica em Campinas – 1992/1993 [dissertação de mestrado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Federal de Campinas; 1995.

Tabela 2. Características sociodemográficas e clínicas dos pacientes encaminhados para centros de saúde segundo a existência do prontuário nos serviços. Belo Horizonte, MG, 2003-2004. N=98

Variável	n*	Prontuário encontrado no centro de saúde				OR (IC 95%)	Valor p**
		Sim	%	Não	%		
Idade (anos)							0,546
< 36	46	31	67,0	15	33,0	1,0	
≥ 36	52	32	61,5	20	38,5	0,77 (0,31;1,93)	
Sexo							0,950
Feminino	64	41	64,0	23	36,0	1,0	
Masculino	34	22	65,0	12	35,0	1,03 (0,40;2,69)	
Diagnóstico (CID-10)							0,339
Transtornos psicóticos (Esquizofrenia, esquizotípicos, delirantes)	43	30	70,0	13	30,0	1,0	
Outros	53	32	60,0	21	40,0	0,66 (0,26;1,68)	
Origem da referência							0,551
Demanda espontânea	29	18	62,0	11	38,0	1,38 (0,40;4,81)	
Hospital	29	21	72,4	8	27,6	2,22 (0,61;8,20)	
Centro de saúde	24	13	54,0	11	46,0	1,0	
Outros***	10	7	70,0	3	30,0	1,97 (0,33;12,78)	
Atendimentos realizados antes da abertura do prontuário - CERSAM							0,071
Nenhum	49	27	55,0	22	45,0	1,0	
Entre um e dois	27	22	81,5	5	18,5	3,59 (1,05;12,94)	
Três ou mais	22	14	64,0	8	36,0	1,43 (0,45;4,56)	
Retorno ao CERSAM após primeiro encaminhamento							0,023
Sim	34	27	79,4	7	20,6	3,0 (1,05;8,88)	
Não	64	36	56,0	28	44,0	1,0	

* Variou com a exclusão de indivíduos com informações ignoradas

** Qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher

*** Polícia Militar, Unidade de Pronto atendimento (UPA)

CID-10: Classificação Internacional de Doenças - 10ª Revisão

CERSAM, centros de convivência e demais propostas de atendimento ao paciente na comunidade estão em funcionamento há aproximadamente duas décadas no Brasil. Em Belo Horizonte, tais propostas funcionam há pouco mais de dez anos, tendo se incorporado à política de integralidade da atenção à saúde mental do município (Programa BH Vida: Saúde Integral) nos últimos cinco anos. Diante de tais fatos, torna-se imprescindível não só analisar a efetividade dos serviços em manter a continuidade do cuidado, como também conhecer a clientela atendida para melhor adequá-los às suas necessidades.

Nota-se que o perfil dos pacientes atendidos nos centros de saúde estudados foi diferente do encontrado em serviços semelhantes, nos quais, apesar da maioria ser do sexo feminino^{11,15-17} e jovem,^{1,8,12,16} o diagnóstico mais frequente foi o de neurose^{16,17} e não de psicose, como visto no presente estudo. Uma possível

explicação para esta elevada proporção de mulheres com diagnóstico de esquizofrenia poderia estar no fato de que homens apresentam maior probabilidade de serem internados em hospitais psiquiátricos na presença de algum tipo de transtorno psicótico, em comparação com as mulheres.¹⁸

A maioria dos pacientes permaneceu no CERSAM por 8,8 meses, em média, até o encaminhamento completo aos centros de saúde. Este tempo de permanência foi mais elevado que a média encontrada em outros estudos (13 a 52 dias)^{18,a} e semelhante à média encontrada em um CAPS do município de São Paulo (7 a 24 meses).^b Além de apontar o caráter “ambulatorial” desenvolvido pelo CERSAM, este dado parece indicar dificuldades no encaminhamento dos casos para a continuidade do cuidado em serviços da rede básica de atenção. Outra observação é que o tempo de permanência no CERSAM

^a Melo APS. Fatores determinantes do abandono do tratamento psiquiátrico em um centro de referência em saúde mental (CERSAM – Pampulha), em BH (MG), 1997-1998 [dissertação de mestrado]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; 2000

^b Pitta AMF, Lamerato A, Goldberg JI, Corazza D, Lima EA, Fernandes MH, et al. Avaliação de serviço de atenção médico-psicossocial a usuários do sistema de saúde no município de São Paulo. São Paulo: Núcleo de Ensino e Pesquisas CAPs Luiz Cerqueira, Dep. Medic. Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; 1991.

Tabela 3. Análise univariada das características sociodemográficas e clínicas dos pacientes segundo a continuidade do cuidado nos centros de saúde. Belo Horizonte, MG, 2003-2004. n=63

Variável	n	Continua tratamento no centro de saúde				OR (IC 95%)	Valor p*
		Sim	%	Não	%		
Idade (anos)							0,382
< 36	31	17	55,0	14	45,0	1,0	
≥ 36	32	21	66,0	11	34,0	1,57 (0,51;4,93)	
Sexo							0,220
Feminino	41	27	66,0	14	34,0	1,0	
Masculino	22	11	50,0	11	50,0	0,52 (0,16;1,69)	
Diagnóstico (CID-10)							0,277
Transtornos psicóticos (Esquizofrenia, esquizotípicos, delirantes)	30	20	67,0	10	33,0	1,0	
Outros	37	17	53,0	15	47,0	0,57 (0,18;1,79)	
Origem da referência							0,540
Demanda espontânea	18	9	50,0	9	50,0	1,0	
Hospital	21	15	71,0	6	29,0	2,50 (0,55;11,71)	
Centro de saúde	13	8	62,0	5	38,0	1,60 (0,30;8,00)	
Outros**	7	5	71,0	2	29,0	2,50 (0,29;25,37)	
Internações psiquiátricas anteriores							0,143
Nenhuma	20	13	65,0	7	35,0	1,0	
Uma ou mais	14	11	79,0	3	21,0	1,97 (0,33;12,78)	
Ignorado	29	14	48,0	15	52,0	0,50 (0,13;1,88)	
Nº de atendimentos realizados antes da abertura do prontuário no CERSAM							0,480
Nenhum	27	14	52,0	13	48,0	1,0	
Entre um e dois	22	15	68,0	7	32,0	1,99 (0,53;7,62)	
Três ou mais	14	9	64,0	5	36,0	1,67 (0,37;7,79)	
Duração do tratamento no CERSAM							0,054
Menos de 6 meses	26	12	46,0	14	54,0	1,0	
6 meses ou mais	37	26	70,0	11	30,0	2,76 (0,86;9,01)	
Nº de encaminhamentos realizados							0,016
Um encaminhamento	39	19	49,0	20	51,0	1,0	
Dois ou mais encaminhamentos	24	19	79,0	5	21,0	4,00 (1,10;15,32)	
Retorno ao CERSAM após 10 encaminhamento							0,014
Sim	27	21	78,0	6	22,0	3,91 (1,13;14,05)	
Não	36	17	47,0	19	53,0	1,0	
Tempo entre o primeiro encaminhamento do CERSAM e a primeira consulta no centro de saúde							0,570
Até um mês	25	14	56,0	11	44,0	1	
Mais de um mês	38	24	63,0	14	37,0	1,35 (0,43;4,28)	

* Qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher

** Polícia Militar, Unidade de Pronto atendimento (UPA)

foi estatisticamente igual para todas as categorias diagnósticas, não evidenciando um tratamento diferenciado de acordo com o diagnóstico.

O tempo médio entre o primeiro encaminhamento do CERSAM e a primeira consulta nos centros de saúde (2,5

meses) foi maior que o encontrado em serviços da rede básica de Campinas^a (15 dias, variando de 1 a 48 dias) e pouco menor que o encontrado em um estudo realizado em Belo Horizonte^b (até 3 meses). No caso do presente estudo, esse dado sugere uma dificuldade no agendamento de consultas nos centros de saúde. Tal dificuldade

^a Amaral MA. Análise da implementação da política de saúde mental para a rede básica em Campinas – 1992/1993 [dissertação de mestrado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Federal de Campinas; 1995.

^b Melo APS. Fatores determinantes do abandono do tratamento psiquiátrico em um centro de referência em saúde mental (CERSAM – Pampulha), em BH (MG), 1997-1998 [dissertação de mestrado]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; 2000

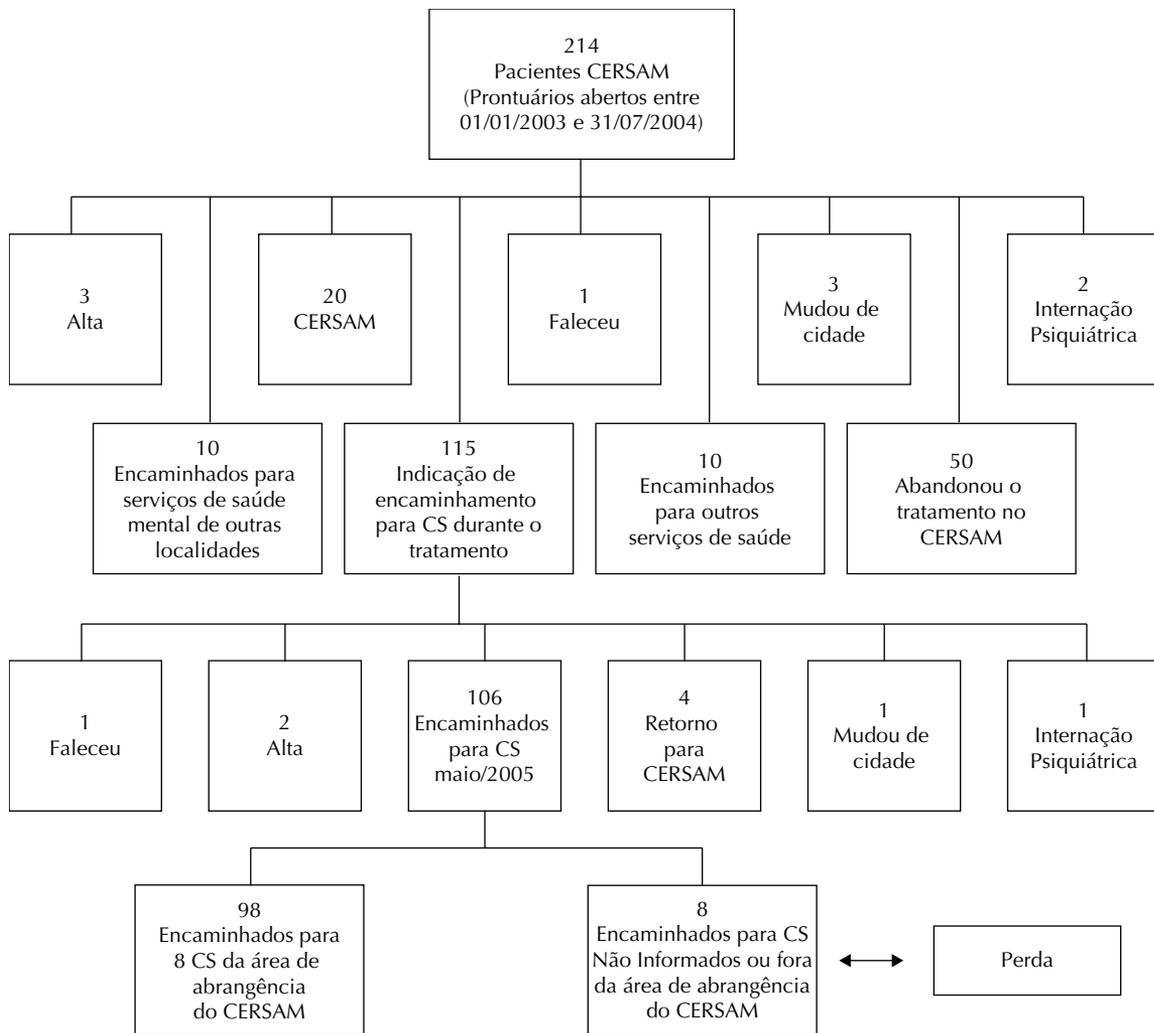


Figura. Fluxograma do processo de seleção dos pacientes de seguimento. Belo Horizonte, MG, 2003-2004. CERSAM: Centro de Referência à Saúde Mental

poderia relacionar-se tanto a questões de infra-estrutura dos serviços, tais como a carência de profissionais de saúde mental e medicamentos nas unidades, quanto ao aumento da demanda por este tipo de atendimento.

Metade dos pacientes foi contra-referenciada para os centros de saúde de origem. Isto parece indicar um esforço por parte do CERSAM para atender a proposta da linha de cuidado que prevê fluxos de encaminhamento (referência) para os serviços e de retorno de informações ao nível que encaminhou o paciente (contra-referência).

Mais de um terço dos pacientes encaminhados a centros de saúde não tiveram seus prontuários encontrados. Apesar deste número ser um pouco menor que o verificado em Campinas^a (49%), ele ainda aponta a existência de uma barreira entre os serviços, mostrando a dificuldade

de acesso de alguns pacientes aos centros de saúde após o encaminhamento. No entanto, os pacientes do presente estudo que conseguiram transpor esta primeira barreira e chegar aos centros de saúde, parecem conseguir manter-se em tratamento nesses serviços (62%).

Esses resultados sugerem que a proposta da linha de cuidado pode apresentar uma fragilidade no que se refere à manutenção do contato dos serviços com os pacientes quando estes transitam entre os diferentes dispositivos de atendimento da rede. Em termos do conceito de continuidade, tais achados apontam uma falha na continuidade transversal, entendida como a capacidade dos serviços manterem contato com o paciente quando ele muda de nível de assistência.³ Ao mesmo tempo, tais resultados corroboram para a existência de uma boa

^a Amaral MA. Análise da implementação da política de saúde mental para a rede básica em Campinas – 1992/1993 [dissertação de mestrado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Federal de Campinas; 1995.

continuidade longitudinal, isto é, quando o paciente consegue chegar ao serviço, este último consegue mantê-lo em tratamento ao longo do tempo.³

Entretanto, considerando que a maioria dos pacientes realizam consultas mensal ou bimensalmente, duas hipóteses podem ser levantadas. A primeira, sugerindo que tal espaçamento poderia ser atribuído à estabilização do quadro sintomático dos pacientes, levando à adoção de diferentes condutas terapêuticas pelos profissionais dos serviços, como discutido por Amaral.⁴ A segunda hipótese sugere que o espaçamento entre as consultas poderia ser atribuído à discrepância entre a demanda por atendimento e a oferta de profissionais em saúde mental, apontada como uma importante questão estrutural envolvida na continuidade do cuidado.⁵

Retornar ao CERSAM para nova consulta após o primeiro encaminhamento, bem como ter sido encaminhado duas ou mais vezes, aumentou as chances dos pacientes serem encontrados nos centros de saúde e se manterem em tratamento. Isto mostra a importância e a necessidade de integração entre os diferentes serviços de saúde mental intermediando o paciente durante sua passagem para os centros de saúde, como preconizado pela política municipal de saúde de Belo Horizonte.⁴

Este fato tem respaldo nos achados do presente estudo, uma vez que nenhuma característica individual do paciente, como sexo ou idade, esteve associada à continuidade do cuidado. Além disso, não houve condutas diferenciadas por parte dos profissionais em função da patologia dos pacientes.

Ao examinar os resultados do presente estudo, deve-se considerar que foram utilizados dados secundários. Algumas variáveis não puderam ser colhidas por

ausência de informação nos prontuários médicos (escolaridade, duração da doença, sintomatologia associada e situação conjugal) limitando a análise. Apesar dessa limitação, podemos concluir que a continuidade do cuidado em centros de saúde não esteve associada aos atributos individuais dos pacientes podendo relacionar-se a fatores de contexto, incluindo aqueles referentes à gestão e organização do sistema de saúde do município.

A fim de contornar estes problemas recomenda-se: a ampliação das equipes de saúde mental nos centros de saúde com a contratação de profissionais especializados; disponibilização de medicação em qualidade e quantidade suficiente para atender a demanda de saúde mental nestes serviços; criação de protocolos de encaminhamento que enfatizem a importância da integração entre os serviços antes, durante e após o encaminhamento. Neste sentido, seria importante envolver as equipes de saúde da família não apenas na busca ativa dos pacientes que não comparecem às consultas agendadas, mas também no acompanhamento destes durante todo o seu tratamento.

A utilidade de estudos como este está em poder conhecer e intervir na realidade dos serviços. Avaliações mais amplas que envolvam o trinômio estrutura, processo e resultado servem para identificar os fatores organizacionais e/ou individuais que estariam envolvidos na continuidade, facilitando-a, ou dificultando-a.

AGRADECIMENTOS

À Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, aos gerentes e às equipes dos centros de saúde pela colaboração e acesso aos prontuários; e à Camila Caram, pelo auxílio na análise estatística.

⁴ Amaral MA. Análise da implementação da política de saúde mental para a rede básica em Campinas – 1992/1993 [dissertação de mestrado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Federal de Campinas; 1995.

REFERÊNCIAS

1. Almeida Filho NM, Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernandes G, Andreoli SB, et al. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). *Rev Assoc Bras Psiquiatr.* 1992;14(3):93-104.
2. Amarante P. A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.
3. Bachrach LL. Continuity of care for chronic mental patients: a conceptual analysis. *Am J Psychiatry.* 1981;138(11):1449-56.
4. Bandeira M, Gelinás D, Lesage A. Desinstitucionalização: o programa de acompanhamento intensivo na comunidade. *J Bras Psiquiatr.* 1998;47(12):627-40.
5. Bandeira, M. Reinserção de doentes mentais na comunidade: fatores determinantes das re-hospitalizações. *J Bras Psiquiatr.* 1993;42(9):491-8.
6. Dean AG, Dean JA, Coloumber D, Brender KA, et al. Epi-Info versão 6. Atlanta: Centers of Disease Control and Prevention; 1994.
7. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q.* 1996;44(3):166-206. doi:10.2307/3348969
8. Filho JFS, Cavalcanti MT, Cadilhe GR, Vilaça AT, Avancini E, Machado HO, et al. Avaliação de qualidade de serviços de saúde mental no Município de Niterói - RJ - A satisfação dos usuários como critério avaliador. *J Bras Psiquiatr.* 1996;45(7):393-402.
9. Fortney J, Sullivan G, Williams K, Jackson C, Morton SC, Koegel P. Measuring continuity of care for clients of public mental health systems. *Health Serv Res.* 2003;38(4):1157-75. doi:10.1111/1475-6773.00168
10. Greenberg GA, Rosenheck RA. Managerial and environmental factors in the continuity of mental health care across institutions. *Psychiatr Serv.* 2003;54(4):529-34. doi:10.1176/appi.ps.54.4.529
11. Lima IMN, Alessi NP. O serviço de assistência ambulatorial em saúde mental de uma unidade de saúde do município de Ribeirão Preto, SP. *J Bras Psiquiatr.* 2002;51(5):269-80.
12. Melo APS, Guimarães MDC. Factors associated with psychiatric treatment dropout in a mental health reference center, Belo Horizonte. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005;27(2):113-8. doi:10.1590/S1516-44462005000200008
13. Nick E, Oliveira SB. Tendências políticas de saúde mental no Brasil. *J Bras Psiquiatr.* 1998;47(11):583-9.
14. Pitta AMF. Os Centros de Atenção Psicossocial: espaços de reabilitação? *J Bras Psiquiatr.* 1994;43(12) 647-54.
15. Pitta AMF, Filho JFS, Souza GW, Lancman S, Kinoshita RT, Cavalcanti MT, et al. Determinantes da qualidade de serviços de saúde mental em municípios brasileiros – estudo da satisfação com os resultados das atividades desenvolvidas por pacientes, familiares e trabalhadores dos serviços. *J Bras Psiquiatr.* 1995;44(9):441-52.
16. Pondé MP. Avaliação de dois serviços de saúde da rede básica de atendimento da Prefeitura Municipal de Campinas. *J Bras Psiquiatr.* 1994;43(8):429-32.
17. Ribeiro, MS. Cinco anos de um ambulatório público de saúde mental: o ambulatório do Centro Regional de Saúde de Juiz de Fora; MG; 1981/1985. *J Bras Psiquiatr.* 1994;43(3):163-9.
18. Silva JPL, Coutinho ESF, Amarante, PD. Perfil demográfico e sócio-econômico da população de internos dos hospitais psiquiátricos da cidade do Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica.* 1999;15(3):505-11. doi:10.1590/S0102-311X1999000300007
19. Sparr LF, Moffitt MC, Ward MF. Missed psychiatric appointments who returns and who stays away. *Am J Psychiatry.* 1993;150(5):801-5.
20. SPSS versão 11.5 for windows [software]. Chicago: Statistical Package for the Social Science; 2001.
21. Ware NC, Dickey B, Tugenberg T, McHorney C. CONNECT: A measure of continuity of care in mental health services. *Ment Health Serv Res.* 2003;5(4):209-21. doi:10.1023/A:1026276918081

Artigo baseado em dissertação de mestrado de GL Oliveira, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais, em 2006.

GL Oliveira foi apoiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes; bolsa de mestrado).

WT Caiáffa é apoiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq; bolsa de produtividade em pesquisa).