

**Graziella Lage Oliveira**

**SAÚDE MENTAL E A CONTINUIDADE DO CUIDADO EM  
CENTROS DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE - MG**

**Universidade Federal de Minas Gerais  
Programa de Pós Graduação em Saúde Pública  
Belo Horizonte - MG**

**2006**

**Graziella Lage Oliveira**

**SAÚDE MENTAL E A CONTINUIDADE DO CUIDADO EM  
CENTROS DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE - MG**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, área de Concentração em Políticas de Saúde e Planejamento.

**Orientadora: Dra. Mariangela Leal Cherchiglia  
Co-Orientadora: Dra. Waleska Teixeira Caiaffa**

**Belo Horizonte - MG  
2006**

Oliveira, Graziella Lage  
O48s Saúde mental e a continuidade do cuidado em centros de saúde de Belo Horizonte-MG/Graziella Lage Oliveira. Belo Horizonte, 2006.  
117 p.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais.  
Faculdade de Medicina.  
Área de concentração: Saúde Pública- Políticas de Saúde e Planejamento  
Orientador: Mariangela Leal Cherchiglia  
Co-orientadora: Waleska Teixeira Caiaffa  
1.Avaliação de processos (Cuidados de saúde) 2.Continuidade da assistência ao paciente 3.Serviços comunitários de saúde mental 4.Centros de saúde 5.Acesso aos serviços de saúde 6.Política de saúde 7.Saúde mental I.Título

NLM: WA 546  
CDU: 614.2 : 616.89

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

**Reitora**

Prof<sup>a</sup>. Ana Lúcia de Almeida Gazzola

**Vice-Reitor**

Heloisa Starling

**Pró Reitor de Pós-Graduação**

Prof. Jaime Arturo Ramires

**Pró Reitor de Pesquisa**

Prof<sup>a</sup>. Maria Sueli de Oliveira Pires

**FACULDADE DE MEDICINA**

**Diretor**

Geraldo Brasileiro Filho

**Chefe do Departamento**

Prof<sup>a</sup>. Elza Machado de Melo

**PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

**Coordenador**

Prof. Francisco José Pena

**Sub-Coordenador**

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães

**Colegiado**

Prof<sup>a</sup>. Ada Ávila Assunção

Prof<sup>a</sup>. Eli Iola Gurgel de Andrade

Prof<sup>a</sup>. Elizabeth França

Prof. Fernando A. Proietti

Prof<sup>a</sup>. Maria Fernanda F. L. Costa

Prof<sup>a</sup>. Mariângela Leal Cherchiglia

Prof<sup>a</sup>. Waleska Teixeira Caiaffa

Elaine Leandro Machado

Paulo César Rodrigues Pinto Corrêa



FACULDADE DE MEDICINA  
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 7009  
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100  
Fone: (031) 3248.9641 FAX: (31) 3248.9640



**DECLARAÇÃO**

A Comissão Examinadora abaixo assinada, composta pelos Professores Doutores: Mariângela Leal Cherchiglia, Ana Maria Fernandes Pitta e Maria Stella Brandão Goulart, aprovou a defesa da dissertação intitulada **“SAÚDE MENTAL E A CONTINUIDADE DO CUIDADO EM CENTROS DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE - MG”** apresentada pela mestranda **GRAZIELA LAGE OLIVEIRA** para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Área de Concentração em Políticas de Saúde e Planejamento da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, realizada em 14 de março de 2006.

Profa. Mariângela Leal Cherchiglia  
Orientadora

Profa. Ana Maria Fernandes Pitta

Profa. Maria Stella Brandão Goulart

OK



FACULDADE DE MEDICINA  
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 7009  
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100  
Fone: (031)3248.9641 FAX: (31) 3248.9640



UFMG

ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de **GRAZIELA LAGE OLIVEIRA**. Às quatorze horas do dia **quatorze de março de dois mil e seis** reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG a Comissão Examinadora de dissertação indicada pelo Colegiado do Programa para julgar, em exame final, o trabalho intitulado: **“SAÚDE MENTAL E A CONTINUIDADE DO CUIDADO EM CENTROS DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE - MG”**, requisito final para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Área de Concentração em Políticas de Saúde e Planejamento. Abrindo a sessão, a Presidente da Comissão, Profa. Mariângela Leal Cherchiglia, após dar a conhecer aos presentes o teor das normas regulamentares do trabalho final passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Profa. Mariângela Leal Cherchiglia/Orientadora	Instituição: UFMG	Indicação: <u>Aprovada</u>
Profa. Ana Maria Fernandes Pitta	Instituição: UFBA	Indicação: <u>Aprovada</u>
Profa. Maria Stella Goulart Brandão	Instituição: PUC/MG	Indicação: <u>Aprovada</u>

Pelas indicações a candidata foi considerada Aprovada.  
O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 14 de março de 2006.

Profa. Mariângela Leal Cherchiglia /orientadora M. Cherchiglia

Profa. Ana Maria Fernandes Pitta A. M. F. Pitta

Profa. Maria Stella Goulart Brandão M. S. G. Brandão

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães/ Coordenador M. D. C. Guimarães

Obs.: Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do Coordenador.

Prof. Mark Drew C. Guimarães  
Coord. PG. Saúde Pública  
Fac: Medicina UFMG

**Dedico este trabalho a meus pais e  
irmãos pelo incentivo e paciência...**

## AGRADECIMENTOS

À professora Mariângela, por acreditar na possibilidade de execução deste trabalho e pela orientação criteriosa e, acima de tudo, amiga.

À Clareci e Waleska, pela confiança no início de minha jornada e pelo acompanhamento amigo e competente ao longo destes 3 anos.

Às amigas Daisy e Deise, pelo carinho e horas intermináveis de estudo, e Camila pelo ombro, amizade e apoio estatístico.

Ao CERSAM Barreiro e centros de saúde da regional Barreiro por terem aberto suas portas para a realização deste trabalho.

À Michele pela ajuda na coleta dos dados.

Aos amigos pelo incentivo e credibilidade.

À Elaine pela amizade e companheirismo.

Aos meus pais e irmãos, principalmente minha mãe por me ensinar a ser paciente.

## RESUMO

**Introdução:** A continuidade do cuidado de portadores de sofrimento mental em serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico tem sido vista, nas últimas décadas, não só como um objetivo a ser perseguido, mas também como uma maneira de se avaliar a qualidade destes serviços. Tendo em vista a importância da continuidade do cuidado para os portadores de sofrimento mental, este estudo teve como objetivo descrever a clientela atendida por um Centro de Referência à Saúde Mental (CERSAM) e analisar os fatores associados à continuidade do cuidado em centros de saúde de Belo Horizonte – MG. **Método:** Foi conduzido um estudo de coorte prospectivo não-concorrente, dividido em 2 fases. A primeira fase foi realizada no CERSAM da regional Barreiro em Belo Horizonte, MG, onde foram coletados dados sócio-demográficos, clínicos e referentes ao encaminhamento para centros de saúde de 214 pacientes. A segunda fase foi realizada em oito centros de saúde da área de abrangência do CERSAM, onde foram coletados dados referentes à continuidade do cuidado de 98 pacientes. Foram feitas análises descritivas e comparativas por meio do Qui-quadrado e Teste T. **Resultados:** Indicaram, para a primeira parte do estudo, que o CERSAM atendeu a mais mulheres, jovens, com diagnóstico de psicose, que chegaram ao serviço por demanda espontânea, sem história de internações psiquiátricas prévias. Permaneceram no serviço em média 7,7 meses e pouco mais da metade foi encaminhada para centros de saúde. Permanecer no serviço por mais de 1 ano mostrou-se associado ao encaminhamento para centros de saúde. Para a segunda fase do estudo, os resultados indicaram que mais de 1/3 dos pacientes encaminhados não conseguiram chegar nos centros de saúde visitados. Dos que conseguiram chegar, 62 % se mantiveram em tratamento. Retornar ao CERSAM para nova consulta após o primeiro encaminhamento e ter tido mais de 2 encaminhamentos se mostraram associados à continuidade. Nenhuma característica individual esteve associada à continuidade. **Conclusões:** O CERSAM atendeu a clientela para a qual foi destinado, configurando-se como referência no cenário municipal. Houve uma perda na continuidade quando os pacientes foram encaminhados para os centros de saúde. No entanto, os pacientes que conseguiram chegar aos serviços se mantiveram em tratamento. As dificuldades associadas à continuidade do cuidado estiveram mais relacionadas a fatores de ordem organizacional/estrutural do sistema de saúde do que a fatores próprios do paciente.

Palavras-chave: saúde mental, serviços comunitários de saúde mental, centros de saúde, continuidade, política de saúde

## ABSTRACT

**Introduction:** The continuity of care for mentally ill patients in community services has been seen, in the last years, not only as an aim to be gained, but also as a way to evaluate the quality of these services. In spite of the importance of continuity of care for the severely mentally ill, this study aimed describe patients enrolled in a Mental Health Reference Center (CERSAM) and analyze associated factors with continuity of care in health centers of Belo Horizonte–MG. **Method:** A non-competitive prospective cohort study was carried out in two phases. The first one occurred in CERSAM located in Barreiro area in Belo Horizonte, MG, where socio-demographic and clinical variables were collected and the cross reference for health centers of 214 patients was verified. The second phase, occurred in eight health centers located in CERSAM's Barreiro catchment area, where data were collected regarding continuity of care in these units. Descriptive and comparative statistical analysis were performed using Chi-square and T-Test. **Results:** Indicated, for the first phase, that CERSAM Barreiro assisted more young women, with psychosis diagnosis, that arrived to the service spontaneously, without previous psychiatric history. The patients stayed in CERSAM for 7,7 months and half was referred to health centers. Patients who stayed in the service more than 1 year had more chances to be referred for health centers. For the second phase, the results indicated that 1/3 of the referred patients were not found in the health centers visited. The patients who were found, 62% continued in treatment. To return to CERSAM for a new consultation after the first reference, and be referred 2 or more times were associated to the continuity of care. Any individual characteristics were related to continuity of care. **Conclusions:** CERSAM Barreiro enrolled the clientele for which was destined, being configured as a reference in the municipal scenery. A gap in continuity of care was verified when patients were cross-referred to health centers. In spite of it, the patients who were found in health centers after CERSAM's reference had continuity of care. The difficulties associated to continuity of care were more related to structural factors of health system than to patient's characteristics.

Key Words: mental health, mental health community services, health centers, continuity, health politics

## SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS .....	11
2 OBJETIVOS .....	14
3 ARTIGO 1: Perfil dos pacientes atendidos por um Centro de Referência à Saúde Mental, Belo Horizonte, MG. ....	15
<b>3.1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>18</b>
<b>3.2 MÉTODOS .....</b>	<b>19</b>
3.2.1 POPULAÇÃO DO ESTUDO .....	19
3.2.2 INSTRUMENTO .....	19
3.2.3 COLETA DE DADOS .....	20
3.2.4 ANÁLISE DE DADOS .....	20
3.2.2 ASPECTOS ÉTICOS .....	20
<b>3.3 RESULTADOS .....</b>	<b>20</b>
<b>3.4 DISCUSSÃO .....</b>	<b>27</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>33</b>
4 ARTIGO 2: Saúde Mental e a continuidade do cuidado em Centros de Saúde de Belo Horizonte - MG .....	35
<b>4.1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>39</b>
<b>4.2 MÉTODOS .....</b>	<b>41</b>
4.2.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO .....	41
4.2.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO .....	41
4.2.3 INSTRUMENTO .....	41
4.2.4 COLETA DE DADOS .....	42
4.2.5 ANÁLISE DE DADOS .....	42
4.2.6 ASPECTOS ÉTICOS .....	42
<b>4.3 RESULTADOS .....</b>	<b>43</b>
<b>4.4 DISCUSSÃO .....</b>	<b>46</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>52</b>
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	58
APÊNDICES .....	60
APÊNDICE A - PROJETO DE PESQUISA .....	61
APÊNDICE B – FICHA DE TRIAGEM – FASE I .....	98
APÊNDICE C - FICHA DE CONTINUIDADE – FASE II .....	102
APÊNDICE D – FLUXOGRAMA DA PESQUISA .....	104
ANEXOS .....	106
ANEXO A - APROVAÇÃO CÂMARA DEPARTAMENTAL UFMG.....	107
ANEXO B – CARTAS DE APROVAÇÃO - Comitês de ética .....	109
ANEXO C – CERTIFICADO DE QUALIFICAÇÃO .....	115

## 1 – CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O interesse pela temática discutida neste trabalho surgiu no ano de 2003 através de minha experiência como coordenadora de campo para uma tese de doutorado do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da UFMG. O objetivo desta tese era verificar os fatores relacionados à qualidade de vida de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia atendidos por um Centro de Referência à Saúde Mental (CERSAM) na regional Pampulha em Belo Horizonte, MG. Para tanto, foram realizadas entrevistas com pacientes, tanto os que estavam em tratamento no serviço quanto os que já haviam sido encaminhados para outros serviços, como por exemplo, centros de saúde. Nesta ocasião, pude observar que, dos pacientes que haviam sido encaminhados para centros de saúde, alguns não estavam mais em tratamento ou mantinham o tratamento de forma irregular. Muitos pacientes não puderam participar do estudo porque não puderam nem mesmo ser encontrados ou porque estavam vivenciando um período de crise.

Estas observações, despertaram para a possibilidade e a necessidade de investigar se realmente existiam problemas na continuidade do cuidado nos centros de saúde de Belo Horizonte após o tratamento em serviços como o CERSAM. Para tanto, foi necessário conhecer a política de saúde do município e sua relação com a saúde mental.

O modelo de assistência à saúde praticado em Belo Horizonte é regionalizado e hierarquizado em níveis crescentes de complexidade. A política de saúde está calcada no Projeto BH Vida: Saúde Integral<sup>1</sup>, que visa a integralidade do cuidado com forte ênfase na atenção básica, no acesso universal; no acolhimento; no estabelecimento de vínculos entre profissionais e usuários com responsabilização pelo cuidado; na autonomização do usuário; na atuação em equipe; na assistência integral e resolutiva; na equidade; na participação, planejamento e desenvolvimento de ações intersetoriais. Utilizando a estratégia das Equipes de Saúde da Família, propõe a imagem de uma "linha de cuidado", na qual se garanta o caminhar seguro do paciente pelos diversos níveis de atenção.

---

<sup>1</sup> Secretaria Municipal de Saúde. Propostas da Secretaria Municipal de Saúde. VIII Conferência Municipal de Saúde: etapa municipal da XII conferência nacional, BH, 2003.

Dentro do “BH Vida: Saúde Integral” está o Projeto de Saúde Mental (*PSM-BH*)<sup>1</sup> do município, inserido no ano de 2002. O PSM-BH tem como diretrizes e política a construção de uma rede integrada de serviços, programas e ações inseridos na comunidade. Define como suas prioridades os portadores de sofrimento mental grave (neuroses graves, psicoses e egressos hospitalares) e o objetivo maior é receber esta clientela numa rede de ações, iniciativas e serviços substitutivos ao manicômio, em regime de liberdade e promoção da inclusão social com garantia de atendimento gratuito e universalidade de acesso.

Com a integração do PSM-BH no BH Vida: Saúde Integral, a “porta de entrada” principal e privilegiada para o sistema de saúde, para os portadores de sofrimento mental, passou a ser os Centros de Saúde, responsáveis pelo atendimento da população de sua área de abrangência, juntamente com as equipes do Programa de Saúde da Família (PSF). Pode-se entender, portanto, que um primeiro nível de acolhimento deve-se operar a partir dos Centros de Saúde, com fluxos de encaminhamento (referência) a outros níveis de atenção e de retorno de informações ao serviço (contra-referência), ficando sob responsabilidade dos Centros de Saúde e de suas equipes o acompanhamento do paciente.

Os CERSAM, considerados dispositivos-chave da política de saúde do município, participam desta rede de assistência e também servem de porta de entrada para o sistema. São serviços regionalizados, destinados ao atendimento de urgências e de crise priorizando os casos mais graves. Devem atuar em conjunto com os outros serviços da rede, principalmente com os centros de saúde, para onde os pacientes são encaminhados após a crise.

Diante do entendimento do funcionamento da política de saúde praticada no município, comecei então a planejar minha investigação. Como existem atualmente sete CERSAM em funcionamento, situados em sete das nove regionais em que o município se divide, optou-se por realizar o estudo no primeiro CERSAM criado: o da regional Barreiro. O período escolhido para o estudo foi janeiro de 2003 a julho de 2004, por serem estes os primeiros anos de funcionamento da inserção do PSM-BH no Programa BH Vida: Saúde Integral.

Foi conduzido um estudo de coorte prospectivo não-concorrente<sup>2</sup>, utilizando dados secundários (prontuários), dividido em duas fases: a primeira realizada no CERSAM Barreiro e a segunda realizada em oito centros de saúde da área de abrangência do serviço.

Na primeira fase do estudo, foram coletadas informações referentes às características sócio-demográficas e clínicas de 214 pacientes, bem como foram identificados os centros de saúde para os quais estes haviam sido encaminhados. Os resultados desta fase do estudo foram descritos em um artigo, cujo objetivo foi descrever a clientela atendida pelo CERSAM Barreiro e correlacionar as características dos indivíduos com o encaminhamento para centros de saúde. Este artigo encontra-se no item 3 deste volume.

Na segunda fase do estudo, foram coletados dados referentes à continuidade do cuidado em centros de saúde, de 98 pacientes encaminhados pelo CERSAM Barreiro. Os resultados desta segunda fase também foram descritos em formato de artigo, cujo objetivo foi verificar os fatores associados à continuidade do cuidado em centros de saúde. Este artigo encontra-se no item 4 deste volume.

Dentro da temática *Saúde Mental e a Continuidade do cuidado em Centros de Saúde* foi conduzida esta dissertação, requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, área de concentração em Políticas de Saúde e Planejamento, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Optou-se pela apresentação da dissertação em forma de dois artigos científicos, conforme regulamento deste programa.

---

<sup>2</sup> Medronho, RA et al. *Epidemiologia*. São Paulo: Editora Atheneu, 2003.

## **2 – OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral:**

Este estudo pretendeu analisar os fatores associados à continuidade do cuidado de pacientes psiquiátricos em centros de saúde da região do Barreiro em Belo Horizonte, quando encaminhados a estes pelo CERSAM Barreiro.

### **Objetivos Específicos:**

- Caracterizar a amostra de pacientes atendidos pelo CERSAM Barreiro para os quais foram abertos prontuários no período de janeiro de 2003 a julho de 2004, correlacionando tais características ao encaminhamento para centros de saúde;
- Verificar se os pacientes encaminhados para os centros de saúde da área de abrangência do CERSAM Barreiro continuam seu tratamento nestas unidades;
- Investigar os fatores que facilitam ou dificultam a continuidade do cuidado em centros de saúde com equipes de saúde mental da área de abrangência do CERSAM Barreiro.

**3 – ARTIGO 1**

**Perfil dos pacientes atendidos por um Centro de Referência à Saúde Mental, Belo Horizonte, MG**

**Este trabalho foi submetido à  
Revista Mineira de Enfermagem, REME.**

Páginas: 15-34

## Perfil dos pacientes atendidos por um Centro de Referência à Saúde Mental, Belo Horizonte, MG

Patient's profile treated at a Mental Health Reference Center, Belo Horizonte, MG

*Graziella Lage Oliveira*<sup>1,2,3</sup>

*Waleska Teixeira Caiaffa*<sup>3,4</sup>

*Mariangela Leal Cherchiglia*<sup>3,5</sup>

### Resumo

A fim de caracterizar a população atendida por um Centro de Referência à Saúde Mental (CERSAM) em Belo Horizonte e correlacionar tais características com o encaminhamento para centros de saúde, foram revistos 214 prontuários médicos abertos entre Jan/2003 e Jul/2004. Variáveis sócio-demográficas e clínicas foram comparadas utilizando análise estatística descritiva e comparativa. Houve predominância de mulheres (67%), a idade média era de 37,7 anos; em 28% inexistia história de internações psiquiátricas prévias; 38% dos pacientes apresentavam diagnóstico de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes, o tempo médio de permanência no serviço foi de 7,7 meses. Quase 1/4 dos pacientes (23,4%) abandonou o tratamento e 54% foram encaminhados para centros de saúde, dos quais, 34% retornaram ao serviço para nova consulta. Pacientes que permaneceram por mais de 1 ano no serviço tiveram mais chances de serem encaminhados para centros de saúde ( $p=0,022$ ). O CERSAM em estudo atendeu às categorias diagnósticas consideradas prioritárias para este tipo de serviço e procurou encaminhar os pacientes a centros de saúde de sua área de abrangência para a continuidade do tratamento nestas unidades.

Palavras-chave: saúde mental, serviços comunitários de saúde mental, centros de saúde, continuidade

### Abstract

To characterize the patients treated at an out patient Mental Health Referral Center (CERSAM) and to correlate such characteristics with the cross reference for follow-up in General Health Centers, 214 medical records opened from Jun/2003 to Jul/2004 were studied. Socio-demographic and clinical information were abstracted and descriptive and comparative statistical analyses were made. Women were the majority of patients (67%); the patient's average age was 37,7 years old, 28% has no previous history of psychiatric illness, 38% had the diagnosis of schizophrenia and, on average, their duration of medical care in the CERSAM was 7.7 months. Almost a fourth of all patients (23,4%) dropped out the treatment and 54% were referred to general health centers, but 34% of them returned to the CERSAM for a new appointment. Patients that stayed in the service for more than one year were more likely to be referred to general health centers ( $p= 0,022$ ). This mental health referral center assisted the diagnostic categories considered priority for this type of service. Besides, it is referring the patients to health centers located in their own residential area aiming continuity of treatment in the residential health care area units.

Key words: mental health, mental health community services, health centers, continuity

<sup>1</sup> Parte Integrante da dissertação de mestrado no Programa de Pós-graduação em Saúde Pública – Políticas de Saúde e Planejamento. Universidade Federal de Minas Gerais

<sup>2</sup> Bolsista CAPES

<sup>3</sup> Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

<sup>4</sup> Grupo de Pesquisa em Epidemiologia (GPE/UFMG/CNPq) e Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte (OSUBH/UFMG)

<sup>5</sup> Grupo de Pesquisa em Economia da Saúde – GPES/UFMG

### Correspondência

*G.L. Oliveira*  
Departamento de  
Medicina Preventiva e  
Social, Faculdade de  
Medicina, Universidade  
Federal de Minas Gerais  
Av. Alfredo Balena nº  
190, sala 9001/9 ° andar.  
Santa Efigênia. Belo  
Horizonte Minas Gerais  
CEP: 30-130-100 Brasil  
grazilage@hotmail.com

## **Resume**

Para caracterizar a los pacientes tratados en el Centro de Referencia de Salud Mental (CERSAM) y poner en correlación las tales características en general con la referencia cruzada para la continuación la Salud Centra, se estudiaron 214 archivos médicos abiertos de Jun/2003 a Jul/2004. La información Socio-demográfica y clínica sea que los análisis estadísticos abstraídos y descriptivos y comparativos eran hecho. Las mujeres eran la mayoría de pacientes (67%); la media edad del pacientes tenía 37,7 años, 28% tienen ninguna historia anterior de enfermedad psiquiátrica, 38% tenían el diagnóstico de esquizofrenia y, por término medio, su duración de cuidado médico en el CERSAM era 7.7 meses. Casi un cuarto de todos los pacientes (23,4%) dejó caer fuera el tratamiento y se enviaron 54% a los centros de salud generales, pero 34% de ellos devolvieron al CERSAM para una nueva cita. Pacientes que más probablemente se quedaron en el servicio para más de un año serían enviados a los centros de salud generales ( $p = 0,022$ ). Este centro de referencia de salud mental ayudaba que las categorías de diagnóstico consideraron la prioridad por este tipo de servicio. Además, está refiriéndose a los pacientes a centros de salud localizados en su propia área del residencial que apunta continuidad de tratamiento en las salud cuidado área unidades residenciales.

Las palabras de la llave: la salud mental, la comunidad de salud mental repara, la salud centra, continuidad

## Introdução

O cuidado ao portador de transtorno mental tem evoluído bastante nas últimas décadas. Aliado à introdução de novos medicamentos, assistimos à transposição do tratamento estritamente hospitalar para o tratamento na comunidade através da criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico <sup>(1, 2, 3, 4, 5, 6)</sup>.

Os primeiros serviços substitutivos, denominados Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), foram criados no Brasil no final da década de 80 em São Paulo. Foram concebidos como unidades locais, regionalizadas para oferecer atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional. Atualmente estão regulamentados pela Portaria nº 336 (Diário Oficial da União; 2002, 19 de fevereiro) a qual os estabelece em três níveis definidos por ordem crescente de porte, complexidade e abrangência populacional. Todas as modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento em saúde mental e devem ser capazes de atender prioritariamente pacientes com transtornos mentais graves e persistentes em sua área territorial em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo <sup>(4, 7, 8)</sup>.

Os CAPS integram a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) sendo considerados dispositivos chave da política de saúde mental do país, o que pode ser visualizado pelo seu crescimento nos últimos anos: passaram em 2001 de 295 para 423 em 2002 e para 516 em 2004 <sup>(9)</sup>. Em 2006, haviam 1011 serviços distribuídos pelo território nacional, sendo que a maior parte ainda se concentra nas regiões sul e sudeste, dos quais, 105 se localizam no Estado de Minas Gerais <sup>(10)</sup>.

No município de Belo Horizonte, MG, a rede pública de atendimento em saúde mental conta com uma estrutura de atendimento da qual fazem parte 7 CAPS, denominados Centros de Referência à Saúde Mental (CERSAM); 9 Centros de Convivência; 7 Serviços Residenciais Terapêuticos; Equipes Complementares de Atenção à Saúde Mental da Criança e do Adolescente; 2 Centros de Referência da Infância e Adolescência (CERSAMI); dispositivos de atendimento a usuários de álcool e drogas (CMT); e 131 centros de saúde, dos quais, 65 possuem equipes mínimas de saúde mental compostas por 1 psiquiatra e 2 técnicos de nível superior (TNS) <sup>(11)</sup>.

Os CERSAM são serviços regionalizados, destinados ao atendimento de urgências e de crise, priorizando os casos mais graves. Os pacientes permanecem no serviço em regime de hospital-dia, até a estabilização do quadro de crise, quando são encaminhados para outros serviços que compõem a rede de assistência no município, principalmente para os centros de saúde, responsáveis pela continuidade do tratamento<sup>(7, 12, 13)</sup>. É de extrema importância que os centros de saúde atuem de forma integrada com os CERSAM para garantir que os pacientes se mantenham em tratamento quando forem encaminhados.

Dada a importância de serviços como o CERSAM no cenário nacional, este estudo teve como objetivo caracterizar os pacientes atendidos por um CERSAM em Belo Horizonte, MG, entre janeiro de 2003 e julho de 2004, correlacionando variáveis sócio-demográficas e clínicas ao encaminhamento para centros de saúde. Os resultados podem fornecer subsídios para a avaliação destes serviços e para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde mental que favoreçam a manutenção do tratamento dos pacientes entre os diversos serviços da rede de assistência.

## **Métodos**

### **População do estudo**

O município de Belo Horizonte é dividido em 9 Distritos Sanitários onde estão distribuídos 7 CERSAM. O serviço escolhido para este estudo está localizado na porção sul do município e foi o primeiro CERSAM a ser criado em Belo Horizonte.

A população pesquisada foi composta por todos os pacientes que tiveram prontuário aberto neste CERSAM no período entre 01/07/2003 e 31/07/2004 (n=214), por ter sido este o ano seguinte à introdução do Projeto de Saúde Mental no Projeto BH Vida, que é a política que norteia toda a assistência à saúde no município. Foram excluídos do estudo pacientes que foram atendidos pelo serviço e encaminhados para centros de saúde logo na primeira consulta, sem abertura de prontuário.

### **Instrumento**

Foi elaborada uma “ficha de triagem”, para obtenção de variáveis sócio-demográficas e clínicas, incluindo informações sobre identificação e sobre o encaminhamento. O instrumento foi pré-testado em um estudo piloto realizado em agosto de 2004 no próprio serviço.

### **Coleta de dados**

Informações sócio-demográficas, clínicas, de identificação e sobre o encaminhamento a centros de saúde da área de abrangência do CERSAM e de retorno ao serviço foram coletadas diretamente de 214 prontuários médicos. A coleta dos dados foi feita pela pesquisadora do estudo e por uma estagiária de psicologia previamente treinada e durou 2 meses. Para verificar a confiabilidade da coleta dos dados, uma amostra dos prontuários analisados pela estagiária foram revistos pela pesquisadora. Todos os pacientes tiveram um período mínimo de seguimento de 9 meses, a contar da data de abertura do prontuário no serviço.

### **Análise dos dados**

Os dados coletados foram armazenados no programa Epi-Info <sup>(14)</sup> versão 6.04 e analisados pelo programa SPSS, versão 11.5 <sup>(15)</sup>.

Foi realizada análise descritiva através da distribuição de freqüências e análise comparativa através do qui-quadrado, utilizando o valor  $p < 0,05$  para verificação da significância estatística. Foi estabelecida como variável dependente o encaminhamento para centros de saúde. Pacientes encaminhados para centros de saúde foram comparados àqueles que não o foram para se verificar os fatores correlatos ao encaminhamento para centros de saúde.

### **Aspectos éticos**

Este 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**

A qualidade dos dados pôde ser considerada boa, quando avaliada pelas perdas de informação (de 1 a 6%) na maioria das variáveis, exceto para as informações relativas às internações psiquiátricas antes e durante o tratamento. Apresentaram, respectivamente, 51% (110) e 91,6% (196) de perdas.

A clientela atendida pelo serviço no período estudado (Tabela 1) foi composta em sua maioria por mulheres (67%), com idade média de 37,7 anos (mediana: 35,5; variação: 19-79; DP=12), que chegaram até o serviço principalmente através de demanda espontânea (36%); por

referência de centros de saúde (23%); hospitais psiquiátricos (13,6%) e hospitais gerais (11%).

No perfil clínico, pode-se observar por ordem de frequência, os seguintes grupos diagnósticos principais: transtornos psicóticos, incluindo esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (38%); transtornos de humor (21,5%); a categoria que incluía dois ou mais diagnósticos (21%) e transtornos neuróticos (9%). As outras categorias diagnósticas somadas, retirando da análise os ignorados, tiveram uma frequência de 6% (Tabela 1).

A condução do tratamento dos pacientes foi realizada em sua maioria, como pode ser visto pela Tabela 1, pelo psiquiatra mais um técnico de nível superior (TNS) (40%), seguido pelo psiquiatra isoladamente (38%) e pelo psicólogo (17%).

No que se refere ao número de acolhimentos, entendidos como o número de consultas realizadas antes da abertura do prontuário, a maioria dos pacientes teve seus prontuários abertos na primeira consulta com uma frequência de 58%, seguido por 4 ou mais atendimentos (14%), 1 (12,6%) e 2 (12%) atendimentos (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sócio-demográficas e clínicas da população estudada (n=214), CERSAM, Janeiro de 2003 a Julho de 2004, Belo Horizonte (MG)

Variável	n = 214	%
<b>Idade</b>		
19-30	73	34,0
31-40	64	30,0
41-50	46	21,5
> 51	29	13,6
Ignorado	2	0,9
<b>Sexo</b>		
Feminino	144	67,3
Masculino	70	32,7
<b>Diagnóstico (CID 10)</b>		
Esquizofrenia, esquizotípicos e delirantes	82	38,3
Transtornos do humor – afetivos	46	21,5
Outros (Dois ou mais diagnósticos)	45	21,0
Transtornos neuróticos	19	9,0
Álcool e substâncias	8	3,7
Transtornos mentais orgânicos	4	2,0
Retardo mental	1	0,5
Ignorado	9	4,0
<b>Origem da referência</b>		
Demanda Espontânea	77	36,0
Hospital Psiquiátrico	29	13,6
Centro de Saúde	49	23,0
Hospital Geral	24	11,2
Unidade de Pronto Atendimento	7	3,3
Outros	19	8,8
Ignorado	9	4,2
<b>Internações psiquiátricas anteriores</b>		
Nenhuma	60	28,0
Uma Internação	23	10,7
Duas Internações	7	3,3
Três ou mais Internações	14	6,5
Ignorado	110	51,4
<b>Internações psiquiátricas durante o tratamento</b>		
Nenhuma/Não Informado	196	91,6
Uma Internação	17	7,9
Duas Internações	1	0,5
<b>Técnico de referência</b>		
Psiquiatra + técnico de nível superior (TNS)	86	40,0
Psiquiatra	81	38,0
Psicólogo	36	16,8
Terapeuta ocupacional	3	1,4
Assistente social	2	1,0
Outros	6	2,8
<b>Nº de consultas realizadas antes da abertura do prontuário</b>		
Nenhuma	124	58,0
Uma	27	12,6
Duas	26	12,1
Três	7	3,3
Quatro ou mais	30	14,0

A metade dos pacientes foi encaminhada para centros de saúde (n=115; 54%) em algum momento durante o tratamento, 11% (n=23) foram encaminhados para centros de convivência e 35% (n=75) não chegaram a ser encaminhados. Dos pacientes que foram encaminhados para algum serviço de saúde (n=139, 65%), incluindo centros de saúde, aproximadamente 34% (n=47) retornaram ao CERSAM para nova consulta e 66% (n=92) não retornaram mais ao serviço após o primeiro encaminhamento até o final deste estudo (Tabela 2). Dos pacientes que retornaram ao serviço para nova consulta (n=47), 23% retornou para buscar medicação; 19% por dificuldade em agendar consulta no centro de saúde; 15% por outros motivos (buscar atestado, esquecimento de consulta no centro de saúde, buscar relatório de perícia, esclarecimento de dúvidas); 12,8% por resistência do paciente ao tratamento no centro de saúde; 10,6% por ausência do profissional de referência no centro de saúde e 8,5% por motivo de nova crise.

O principal motivo do encaminhamento para os serviços de saúde foi a estabilização do quadro de crise (79%), momento em que o paciente recebe alta do CERSAM por se encontrar em condições de manter seu tratamento em regime ambulatorial em outro serviço de saúde (Tabela 2). Os pacientes atendidos pelo CERSAM foram encaminhados em sua maioria, uma (48%) e duas vezes (12%) para outros serviços de saúde.

A situação dos pacientes ao final da coleta dos dados (maio/05) foi a seguinte: 49,5% foram encaminhados para centros de saúde; 23% haviam abandonado o tratamento; 11% se mantiveram em tratamento; 4,7% foram encaminhados para outro serviço de saúde mental; 4,7% foram encaminhados para outro serviço de saúde (clínica médica, hospital geral); 2,3% tiveram alta completa do serviço (cura); 1,9% mudaram de cidade; 1,4% foram internados em hospital psiquiátrico e 0,9% haviam falecido.

Tabela 2 – Distribuição de frequência das variáveis relacionadas ao encaminhamento da população estudada (n=214), CERSAM, Janeiro de 2003 a Julho de 2004, Belo Horizonte (MG)

Variável	n = 214	%
<b>Encaminhamento para Centro de Saúde (CS) durante o tratamento no CERSAM</b>		
Sim	115	54,0
Não	99	46,0
<b>Encaminhamento para centro de convivência (CC)</b>		
Sim	23	11,0
Não	191	89,0
<b>Motivo do 1º encaminhamento</b>		
Estabilização da crise (alta do CERSAM)	110	79,1
Mudança de endereço	10	7,2
Outros	8	5,8
Ignorado	11	7,9
Não se aplica	75	NA <sup>a</sup>
<b>Nº de encaminhamentos realizados</b>		
Nenhum	75	35,0
Um encaminhamento	103	48,0
Dois encaminhamentos	26	12,0
Três ou mais encaminhamentos	10	5,0
<b>Retorno ao CERSAM após 1º encaminhamento</b>		
Sim	47	33,8
Não	92	66,2
Não se aplica	75	NA
<b>Motivo do primeiro retorno após 1º encaminhamento</b>		
Buscar medicação	11	23,4
Dificuldade de agendar consulta no CS	7	19,0
Resistência ao tratamento no CS	6	12,8
Ausência do profissional de referência no CS	5	10,6
Crise	4	8,5
Abandono do tratamento	2	4,3
Outros	9	15,0
Ignorado	3	6,4
Não se aplica	167	NA
<b>Situação do paciente em maio de 2005</b>		
Encaminhado para CS	106	49,5
Abandono	50	23,4
CERSAM Barreiro	24	11,2
Outro serviço de saúde mental	10	4,7
Outro serviço de saúde	10	4,7
Alta	5	2,3
Mudou de cidade	4	1,9
Internação psiquiátrica	3	1,4
Faleceu	2	0,9

<sup>a</sup> NA. Não se aplica

O tempo médio de permanência no serviço, medido pelo tempo entre a abertura de prontuário e a última consulta, foi de 233,36 dias, aproximadamente 7,7 meses, (mediana: 5,8 meses; variação: 0-759; DP=212,31). As variáveis sexo, idade e diagnóstico não apresentaram diferenças estatisticamente significativas quanto ao tempo de permanência no serviço ( $p > 0,05$ ). Porém, com relação ao retorno após o encaminhamento, pacientes que permaneceram no CERSAM por mais de 6 meses, apresentaram uma chance 7 vezes maior de retornar ao serviço para nova consulta após o primeiro encaminhamento em comparação aos pacientes que permaneceram no CERSAM por menos de 6 meses ( $p < 0,01$ ; OR = 7,2; IC = 2,91-18,32) (Dado não apresentado em tabela).

A análise univariada (Tabela 3) indicou que, entre as variáveis sócio-demográficas e clínicas, a chance de ser encaminhado para centros de saúde foi estatisticamente maior entre os pacientes que tiveram 3 ou mais acolhimentos antes da abertura do prontuário (OR = 2,69; IC = 1,15-6,39) e entre os pacientes que permaneceram no serviço de 1 a 6 meses (OR = 2,67; IC = 1,13-6,35) e por mais de 1 ano (OR = 3,36; IC = 1,36-8,38).

Tabela 3 - Análise univariada das características sócio-demográficas e clínicas da população estudada no CERSAM, Janeiro de 2003 a Julho de 2004, Belo Horizonte (MG), de acordo com o encaminhamento para centros de saúde.

Variável	Total N <sup>a</sup>	CS (%) <sup>b</sup>	OR (95% IC)	Valor P <sup>c</sup>
<b>Idade</b>				
19-30	73	33 (45,2)	1,0	0,11
31-40	64	41 (64,1)	2,16 (1,03-4,57)	
41-50	46	23 (50,0)	1,21 (0,54-2,71)	
> 51	29	18 (62,1)	1,98 (0,76-5,26)	
<b>Sexo</b>				
Feminino	144	77 (53,5)	1,0	0,91
Masculino	70	38 (54,3)	1,03 (0,56-1,91)	
<b>Diagnóstico (CID 10)</b>				
Esquizofrenia, esquizotípicos, delirantes	82	48 (58,5)	1,57 (0,52-4,78)	0,70
Outros (Dois ou mais diagnósticos)	58	33 (56,9)	1,47 (0,46-4,69)	
Transtornos do humor – afetivos	46	23 (50,0)	1,11 (0,34-3,70)	
Transtornos neuróticos	19	9 (47,4)	1,0	
<b>Origem da referência</b>				0,73
Demanda Espontânea	77	39 (50,6)	1,0	
Hospital	53	30 (56,6)	1,27 (0,59-2,73)	
Centro de Saúde	49	28 (57,1)	1,30 (0,59-2,85)	
Outros	26	12 (46,2)	0,84 (0,31-2,23)	
<b>Internações psiquiátricas anteriores</b>				
Nenhuma	60	36 (60,0)	1,25 (0,53-2,96)	0,45
Uma ou mais Internações	44	24 (54,5)	1,0	
Ignorado	110	55 (50,0)	0,83 (0,39-1,78)	
<b>Técnico de referência</b>				0,43
Psiquiatra	81	48 (59,3)	1,0	
Psiquiatra + técnico de nível superior (TNS)	86	44 (51,2)	0,72 (0,37-1,39)	
Outros	47	23 (48,9)	0,66 (0,30-1,45)	
<b>Nº de acolhimentos realizados antes da abertura de prontuário</b>				0,031
Nenhum	124	58 (46,8)	1,0	
Entre um e dois	53	31 (58,5)	1,60 (0,80-3,24)	
Três ou mais	37	26 (70,3)	<b>2,69 (1,15-6,39)</b>	
<b>Duração do tratamento</b>				0,022
Até 1 mês	46	16 (34,8)	1,0	
De 1 a 6 meses	63	37 (58,7)	<b>2,67 (1,13-6,35)</b>	
De 6 meses a 1 ano	52	28 (53,8)	2,19 (0,90-5,38)	
Mais de 1 ano	53	34 (64,2)	<b>3,36 (1,36-8,38)</b>	

<sup>a</sup> Total variou de acordo com a exclusão das informações ignoradas

<sup>b</sup> Encaminhamento para centro de saúde

<sup>c</sup> Obtido através do X<sup>2</sup> de Pearson

## Discussão

Os Centros de Referência a Saúde Mental (CERSAM) são dispositivos-chave dentro da política de saúde mental do município de Belo Horizonte e se configuram como espaços terapêuticos intermediários entre a hospitalização integral e a vida na comunidade.

Assim como foi observado em outros centros comunitários de assistência à saúde mental <sup>(1, 8, 16, 17, 18, 19, 20)</sup> houve predomínio do sexo feminino (67%) e de indivíduos jovens <sup>(1, 3, 13, 21)</sup>.

Foi observada uma frequência elevada de pacientes com diagnóstico de transtorno psicótico (38%), de humor (21,5%), com 2 ou mais diagnósticos (21%) e transtornos neuróticos (9,0%). Estes dados apontam para a direção de uma clientela compatível com a que é esperada em serviços como o CERSAM, que se destinam ao atendimento de urgências e de crises priorizando os casos mais graves, prioritariamente pacientes com transtornos psicóticos e neuróticos graves <sup>(22)</sup>. O número de acolhimentos, ou seja, de consultas realizadas antes da abertura do prontuário também aponta para a compatibilidade do serviço com a clientela que é esperada, visto que a maioria dos pacientes teve seus prontuários abertos logo na primeira consulta (58%), evidenciando a gravidade do caso.

Houve uma predominância do sexo feminino em todas as categorias diagnósticas encontradas. Uma possível explicação poderia estar no fato de que os homens apresentam uma probabilidade maior de serem internados em hospitais psiquiátricos na presença de algum tipo de transtorno psicótico, em comparação com as mulheres <sup>(23)</sup>, associado ao relato de que mulheres procuram mais atendimento que os homens <sup>(24)</sup>.

Quanto à chegada dos pacientes ao CERSAM, observou-se que a maioria chega através de demanda espontânea e por referência de outros serviços de saúde. Embora estes resultados sejam semelhantes aos encontrados no CAPS Casa Aberta, Rio Grande do Sul <sup>(25)</sup>, eles se diferem dos encontrados por Melo <sup>(22)</sup> em estudo realizado em Belo Horizonte em 1997, quando a minoria dos pacientes (16%) chegava ao CERSAM por demanda espontânea. Estes dados indicam que o CERSAM tornou-se um serviço com grande credibilidade para a população, que o procura diretamente, e estabelece-se como referência para os outros dispositivos que compõem a rede de assistência à saúde no município.

O tempo médio de permanência dos pacientes no serviço (7,7 meses) é maior que a média encontrada em serviços semelhantes <sup>(8, 20, 22)</sup> e se assemelha à encontrada no CAPS Luiz

Cerqueira <sup>(21)</sup> em SP, que se caracteriza por ser um serviço de acolhida e acompanhamento do tratamento que não trabalha com atendimento de urgências. Este dado nos permite observar que o CERSAM, além de desempenhar seu papel no atendimento de urgências e estabilização das crises para o qual é destinado, também tem se responsabilizado pelo tratamento de uma importante parcela dos indivíduos, fugindo, assim, dos objetivos propostos quando de sua criação, já que, para quase metade dos indivíduos (49%), o tempo de permanência no serviço esteve entre 6 e 25 meses. O tempo de permanência encontrado pode apontar dificuldades de agilidade no encaminhamento dos casos para a continuidade do tratamento em serviços de atenção básica.

Pouco mais da metade dos pacientes foi encaminhada para centros de saúde em algum momento durante o tratamento, dos quais, 1/3 retornou ao serviço para nova consulta. Estes dados podem ser comparados com os encontrados no CERSAM Pampulha a 7 anos atrás <sup>(22)</sup> onde 43% dos pacientes foram encaminhados para centros de saúde, dos quais, 45% retornaram para nova consulta. Vê-se um aumento no encaminhamento dos pacientes para serviços da rede básica e uma diminuição no número de retornos, o que poderia significar uma maior ligação entre os serviços e uma melhora na estrutura de recebimento dos pacientes nestes serviços.

Dentre os motivos de retorno após o primeiro encaminhamento, os mais frequentes foram buscar medicação e dificuldade de agendar consulta no centro de saúde. A escassez no fornecimento de medicações para centros de saúde, em quantidade e variedade, também foi vista em Campinas <sup>(1)</sup> e alguns estudos mostram que o tempo entre o encaminhamento e o agendamento da consulta no centro de saúde pode variar de 01 a 48 dias <sup>(26)</sup>, podendo chegar a até 3 meses <sup>(22)</sup>. Estes dois motivos poderiam estar correlacionados com o retorno do paciente ao CERSAM, que acaba ficando com acúmulo de pacientes, já que a demanda neste serviço é constante e que existe dificuldade no encaminhamento dos casos. Por outro lado, esta dificuldade poderia estar relacionada tanto às questões de infra-estrutura dos centros de saúde quanto ao fato de que os pacientes tendem a ver o CERSAM como um serviço de referência mais resolutivo que os centros de saúde.

Um dado preocupante apontado por este estudo foi o número de abandonos durante o tratamento no CERSAM. Apesar deste número ser menor que o encontrado em 2000, em Betim, MG, que foi de 51%, <sup>(27)</sup> ele sugere que o serviço pode estar encontrando dificuldades

em cumprir alguns de seus objetivos propostos, como a vigilância e a busca ativa dos usuários que interrompem o tratamento. Por outro lado, pode-se supor que esta queda no número de abandonos, de 51% para 23%, pode estar relacionada à introdução dos agentes comunitários de saúde nas comunidades, o que poderia estar facilitando a busca dos pacientes que não comparecem ao serviço, e à própria percepção dos usuários.

A análise univariada apontou que pacientes que tiveram 3 ou mais acolhimentos antes da abertura do prontuário e pacientes que permaneceram no CERSAM de 1 a 6 meses e por mais de 1 ano tiveram mais chances de ser encaminhados a centros de saúde. Estes dados ratificam o papel do CERSAM no tratamento dos pacientes graves, visto que pacientes que tiveram mais de 3 acolhimentos, não são considerados a clientela prioritária para o serviço e que pacientes que permaneceram no serviço por mais de 6 meses, têm uma chance aumentada de estarem restabelecidos do período de crise e em condições de continuar seu tratamento em centros de saúde.

A realidade particular descrita por este estudo, pode fornecer indícios importantes para a gestão da atenção ao portador de transtorno mental pois, segundo Bourdieu, <sup>(28)</sup> a interrogação sistemática de um caso particular possibilita tirar dele as propriedades gerais ou invariantes, ocultas debaixo das aparências de singularidade.

Uma questão evidenciada por este estudo se refere à fragilidade da coleta de dados secundários. Neste trabalho, algumas variáveis não puderam ser colhidas por ausência de informação nos prontuários médicos, tais como nível de escolaridade e situação conjugal, limitando um pouco as possibilidades de análise do estudo.

## **Conclusão**

Guardadas as limitações acima, este estudo permite concluir que o Centro de Referência à Saúde Mental estudado foi capaz de atender à maioria dos transtornos mentais tendo como clientela prioritária aqueles considerados graves, tal como determinado pela política de saúde vigente no município. Além disso, o CERSAM configurou-se como referência para outros serviços de saúde e para a população, cumprindo o seu papel no atendimento de urgências e de crise. Adicionalmente, apesar de realizar seu trabalho de referência para os períodos de crise, também se configurou como responsável pelo tratamento ambulatorial dos pacientes, como evidenciado pelo tempo elevado de permanência destes no serviço. Apesar de ser referência para a população e para outros serviços, o CERSAM parece ainda encontrar dificuldades no que diz respeito à busca ativa dos pacientes que não compareceram ao serviço, dado o número de pacientes que abandonou o tratamento.

Os nossos achados mostraram que o CERSAM procurou encaminhar os pacientes para a continuidade do tratamento nos centros de saúde, mas por algum motivo, alguns pacientes acabaram retornando ao serviço para nova consulta. Uma análise mais refinada dos motivos do retorno, do abandono do tratamento e do elevado tempo de permanência no CERSAM poderia contribuir para um melhor entendimento da dinâmica de funcionamento dos serviços envolvidos no cuidado ao portador de transtorno mental.

**Colaboradores**

Oliveira GL elaborou o projeto, coordenou os trabalhos, efetuou o trabalho de campo, realizou a entrada, a análise e consistência dos dados e redigiu o manuscrito. Cherchiglia ML atuou como orientadora da dissertação de mestrado, participou no desenho do estudo, acompanhou todo o processo de trabalho de campo, auxiliou na entrada e análise dos dados. Caiaffa WT atuou como co-orientadora do trabalho, participou também do desenho do estudo e das análises. Todos os autores ajudaram na redação do artigo, aprovando sua versão final.

## **Agradecimentos**

As autoras agradecem à Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e a gerente do CERSAM, Prado AMM, pelo apoio e acesso ao serviço. À Ralil M pelo apoio na coleta dos dados e a Caram C, pela ajuda na análise estatística e à CAPES, pela concessão da bolsa de pesquisa.

## Referências Bibliográficas

- 1- Pondé MP. Avaliação de dois serviços de saúde da rede básica de atendimento da Prefeitura Municipal de Campinas. *J Bras Psiquiatr.* 1994; 43(8): 429-432.
- 2- Nick E, Oliveira SB. Tendências políticas de saúde mental no Brasil. *J Bras Psiquiatr.* 1998; 47(11): 583-589.
- 3- 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.
- 4- 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): 269-280.
- 5- Bandeira M, Gelinas D, Lesage A. Desinstitucionalização: o programa de acompanhamento intensivo na comunidade. *J Bras Psiquiatr.* 1998; 47 (12): 627-640.
- 6- Pitta AMF. Os Centros de Atenção Psicossocial: espaços de reabilitação? *J Bras Psiquiatr.* 1994, 43(12): 647-654.
- 7- Amarante P. A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fio Cruz; 1995.
- 8- Andreoli SB, Ronchetti SSB, Miranda ALP, Bezerra CRM; Magalhães CCPB; Martin D, et al. Utilização dos Centros de Atenção Psicossocial de Santos, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20(3): 836-844.
- 9- Brasil. Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental 1990-2004. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- 10- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de gestão. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007, 85 p.
- 11- Secretaria Municipal de Saúde. Propostas da Secretaria Municipal de Saúde. VIII Conferência Municipal de Saúde: etapa municipal da XII conferência nacional: BH; 2003.
- 12- Lobosque AM, Abou-Id M. A cidade e a loucura – Entrelaces. In: Reis AT (org). Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte-reescrevendo o público. São Paulo: Xamã; 1998.
- 13- 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.
- 14- Dean AG, Dean JA, Coloumber D, Brender KA, Smith DC, Burton AH et al. Epi-Info versão 6. Atlanta: Centers of Disease Control and Prevention; 1994.
- 15- SPSS versão 11.5 for windows [computer program]. Statistical Package for the Social Science; 2001.

- 16- Banzato CEM, Raimundo AMG, Malvezzi E, Ribeiro CAS. Hospital-dia do SS Candido Ferreira: avaliação do primeiro ano de funcionamento. *J Bras Psiquiatr.* 1993; 42:197-201.
- 17- Kerr-Correa F, Rossini MGC, Bergamo MLN, Levy MB, Ribeiro MBS, Fortes SMD. O hospital-dia de Botucatu da Unesp: uma experiência de 12 anos. *Rev ABP-APAL.* 1994; 16:89-93.
- 18- 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): 163-169.
- 19- 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): 441-452.
- 20- Lima MCP, Botega NJ. Hospital-dia: para quem e para quê? *Rev Bras Psiquiatr.* 2001; 23(4): 195-199.
- 21- 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: Núcleo de Ensino e Pesquisas CAPs Luiz Cerqueira, Dep. Medic. Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; 1991.
- 22- 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]. Minas Gerais: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; 2000.
- 23- 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 Saúde Pública.* 1999; 15(3): 505-511.
- 24- Almeida- Filho N e cols. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). *Rev ABP-APAL.* 1992; 14(3): 93-104.
- 25- Pelisoli CL, Moreira ÂK. Caracterização epidemiológica dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta. *Rev Psiquiatr RS.* 2005; 27(3):270-277.
- 26- Amaral MA. Análise da implementação da política de saúde mental para a rede básica em Campinas – 1992/1993. [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Federal de Campinas; 1995.
- 27- Costa MN. Análise das conseqüências para a saúde da interrupção prematura do acompanhamento de usuários cadastrados no CERSAM Betim Central, 1997 a 2000. [Dissertação]. Minas Gerais: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; 2001.
- 28- Goldenbeg M. A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. São Paulo: Record, 1998.

**4 – ARTIGO 2**

**Saúde Mental e a continuidade do cuidado em Centros de Saúde  
de Belo Horizonte, MG**

**Submetido à Revista de Saúde Pública**

Páginas: 35-57

**Saúde Mental e a continuidade do cuidado em Centros de Saúde  
de Belo Horizonte, MG<sup>1</sup>**

---

**Mental Health and continuity of care in Health Centers of  
Belo Horizonte, MG<sup>1</sup>**

**Graziella Lage Oliveira<sup>2,3</sup>, Waleska Teixeira Caiaffa<sup>3,4</sup>, Mariangela Leal Cherchiglia<sup>3,5</sup>**

- 1- Parte Integrante da dissertação de mestrado de mesmo título no Programa de Pós-graduação em Saúde Pública - Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), defendida em março de 2006
- 2- Bolsista CAPES
- 3- Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG
- 4- Grupo de Pesquisa em Epidemiologia (GPE/UFMG/CNPq) e Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte (OSUBH/UFMG)
- 5- Grupo de Pesquisa em Economia da Saúde – GPES/UFMG

Endereço para correspondência:

Av. Alfredo Balena, 190/6013. Bairro Santa Efigênia

Cep 30130-100 - Belo Horizonte, MG.

Telefax (31) 3248-9949

E-mail: grazilage@hotmail.com

## Resumo

**Objetivo:** Verificar os fatores associados à continuidade do cuidado em centros de saúde da área de abrangência de um Centro de Referência à Saúde Mental (CERSAM). **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 CERSAM. Variáveis sócio-demográficas, clínicas e referentes à continuidade foram comparadas. Foi realizada análise estatística descritiva e comparativa utilizando o Qui-quadrado. **Resultados:** Após o encaminhamento para os centros de saúde, mais de 1/3 dos pacientes não conseguiram chegar aos serviços. Dos que conseguiram chegar, 62% se mantiveram em tratamento. Retornar ao CERSAM para nova consulta após o encaminhamento e ter tido mais de 2 encaminhamentos foram fatores facilitadores da continuidade do cuidado. Nenhuma característica individual esteve associada à continuidade. **Conclusões:** Estes achados sugerem a existência de uma falha na proposta da linha de cuidado e que a continuidade do tratamento parece estar mais relacionada a outros fatores do que a características do paciente.

**Palavras-chave:** saúde mental, serviços comunitários de saúde mental, centros de saúde, continuidade, política de saúde

**Abstract**

**Aims:** To verify factors associated to continuity of care in primary health care units (PHCU) in patients enrolled in a Mental Health Reference Center (CERSAM). **Methods:** A non-concurrent study was carried out with 98 patients in eight PHCU located in the CERSAM's catchment area. Using continuity of care as an outcome variable, social, demographic and clinical variables were compared. Descriptive and comparative statistical analysis were performed using Qui-square. **Results:** More than 1/3 of patients referred to the PHCU were not found into the units. From those who arrived, 62% continued in treatment care. Return to CERSAM for a new medical visit after referrence and to have had two or more references to the PHCU were significantly associated to continuity of care. Any individual characteristics were related to continuity of care. **Conclusions:** Our findings suggest the existence of a gap in the line care of mental health patients and continuity of care is probably much more related to other health system's factors than characteristics of the patients.

**Word-key:** mental health, mental health community services, health centers, continuity, politics of health

## **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)<sup>3,5,15, 16</sup>.

Em Belo Horizonte (BH), MG, os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico foram criados na década de 90 e foram 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. Atuam de forma regionalizada, atendendo a uma determinada área de abrangência, e hierarquizada, trabalhando com toda a rede de serviços de saúde<sup>21</sup> incluindo centros de saúde, centros de convivência, hospitais gerais, hospitais psiquiátricos e demais serviços.

Atualmente, existem sete CERSAM em funcionamento distribuídos entre os nove distritos sanitários de BH. Estão inseridos na política de saúde do município, o “Programa BH Vida: Saúde Integral”, que utiliza como estratégia a noção de linha de cuidado<sup>21</sup>. Uma das premissas deste 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, onde os pacientes permanecem 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<sup>21</sup>.

É sabido que falhas na continuidade do tratamento para os portadores de transtorno mental afetam negativamente os resultados obtidos pelos pacientes; geram um gasto maior dos recursos dos serviços e se relacionam às altas taxas de suicídio entre os pacientes<sup>5,6</sup>.

Apesar destas conseqüências, alguns estudos apontam para a dificuldade em se manter a continuidade quando os pacientes saem de serviços de referência e são encaminhados para centros de saúde. Em Campinas, em 1992, de 150 pacientes encaminhados a centros de saúde para a continuidade do tratamento, cerca de 49% não compareceram nem à primeira consulta e, dos que o fizeram, 51,4% abandonaram o tratamento em até quatro meses, período no qual 25% voltaram a ser internados em hospital psiquiátrico<sup>2</sup>. Já em Belo Horizonte, em 1997, de 127 pacientes encaminhados para centros de saúde, 45% retornaram ao CERSAM para novo atendimento, sendo que destes, 47,4% foram novamente reinscritos e 49,1% foram reencaminhados<sup>13</sup>.

Os motivos apontados para esta ruptura na continuidade do tratamento se referiram a aspectos de infra-estrutura 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 implantada e indefinição do referencial teórico e das tecnologias de tratamento a serem utilizadas)<sup>2</sup>.

Em ambos os casos, não havia ainda uma política específica de acompanhamento dos pacientes durante a passagem para os centros de saúde. Se considerarmos que o projeto de saúde mental de BH foi inserido no projeto BH VIDA no ano de 2002, torna-se necessário avaliar se a proposta de integralidade da atenção, através da noção de linha de cuidado, está sendo efetiva no sentido de prover a continuidade do tratamento dos pacientes.

Sendo assim, este estudo teve como objetivo verificar se pacientes encaminhados por um CERSAM a centros de saúde de sua área de abrangência continuam em tratamento e analisar os fatores associados à continuidade do cuidado. Os resultados podem fornecer subsídios para a avaliação destes 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**

### **Delineamento do Estudo**

Seguindo a lógica de avaliação sugerida por Donabedian (1966)<sup>8</sup>, o presente trabalho realizou um estudo para avaliação de processo utilizando como indicador o conceito de continuidade, entendido como o movimento ordenado e ininterrupto dos pacientes entre os diversos elementos do sistema de saúde<sup>4</sup>.

Para isso, foi conduzido um estudo de seguimento não concorrente de pacientes atendidos por um Centro de Referência à Saúde Mental (CERSAM) de Belo Horizonte que foram encaminhados para centros de saúde da área de abrangência deste serviço.

### **População do Estudo**

A população pesquisada foi composta pelos pacientes que tiveram prontuário aberto no CERSAM no período entre 01/01/2003 e 31/07/2004 (n=214). Destes pacientes, 106 haviam sido encaminhados para centros de saúde ao final da coleta dos dados (maio/2005), sendo que 98 (n=98) preencheram os critérios de inclusão para o estudo (Figura 1). 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. Estes centros de saúde possuíam equipe mínima de saúde mental, composta por 1 psiquiatra e 2 técnicos de nível superior. Todos os pacientes tiveram um período mínimo de seguimento de nove meses a contar da data de abertura do prontuário no CERSAM. Este período foi definido levando em consideração estudos anteriores que estimaram o tempo de permanência em serviços como o CERSAM<sup>13</sup> e o tempo entre a perda da consulta após encaminhamento e o retorno ao serviço<sup>23</sup>.

### **Instrumento**

As informações referentes às características sócio-demográficas, 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 (tempo entre encaminhamento do CERSAM e primeira consulta no centro de saúde; duração do tratamento no centro de saúde; situação atual do paciente; intervalo dos atendimentos) foram obtidas por meio de outro formulário denominado Ficha de Continuidade. Os instrumentos foram criados pela equipe e pré-testados em estudo piloto.

A continuidade foi definida neste estudo 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.

### **Coleta de dados**

As informações relativas à continuidade dos 98 pacientes incluídos no estudo foram coletadas diretamente dos prontuários médicos dos oito centros de saúde com equipes de saúde mental da área de abrangência do CERSAM. A coleta dos dados foi feita pela pesquisadora do estudo e durou quatro meses.

### **Análise dos Dados**

Os dados coletados foram armazenados no programa Epi-Info<sup>7</sup> versão 6.04 e analisados pelo programa SPSS, versão 11.5<sup>24</sup>.

Foi realizada análise descritiva, através da distribuição de frequências, e análise comparativa utilizando o qui-quadrado ( $X^2$ ) de Pearson e, quando necessário o teste exato de Fisher, 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.

Foram realizadas análises: 1) comparando pacientes que foram encaminhados e não chegaram aos centros de saúde com pacientes que tinham continuidade do cuidado; 2) comparando o diagnóstico com 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) já que, de acordo com a literatura, o diagnóstico pode interferir na continuidade<sup>6, 11, 23</sup> e; 3) comparando pacientes que apresentaram continuidade do cuidado com pacientes que não estavam mais nos centros de saúde.

### **Aspectos Éticos**

Este 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

### Análise Descritiva

Dentre os 98 pacientes encaminhados para os centros de saúde pelo CERSAM, 65% (n=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 (45%, n=43); transtornos de humor (19%, n=18); transtornos neuróticos (7%, n=7); e alcoolismo (5%, n=5). Vinte e três pacientes (24%) 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.

O tempo médio de duração do tratamento dos pacientes no CERSAM, medido pelo tempo entre a abertura de prontuário e a última consulta no serviço, foi de 240,79 dias, aproximadamente 8 meses (mediana: 181,5 dias; variação: 0-759; DP=202,52). A maioria dos pacientes (33%, n=32) permaneceu no serviço de 1 a 6 meses seguido por mais de 1 ano (28%, n=27), de 6 meses a 1 ano (23%, n=23) e até 1 mês (16%, n=16).

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), sendo que 40% (n=25) dos pacientes realizaram a consulta em até 1 mês, 38% (n=24) de 1 a 3 meses e 22% (n=14) em mais de 3 meses.

Já o tempo médio de tratamento dos pacientes nos centros de saúde foi de 327,11 dias, aproximadamente 11 meses (mediana: 273 dias; variação: 0-804; DP=223,8), sendo que 38% (n=24) permaneceu em tratamento por mais de 1 ano, 35% (n=22) de 6 meses a 1 ano e 27% (n=17) por até 6 meses.

A maioria dos pacientes foi encaminhada para os centros de saúde apenas uma vez (69%, n=68). Com relação ao retorno para o CERSAM após o primeiro encaminhamento, 35% (n=34) dos pacientes retornaram para nova consulta. Dos que retornaram, 27% (n=9) o fez por esquecimento de consulta, abandono de tratamento ou doença; 27% (n=9) para buscar medicação; 18% (n=6) por dificuldade de agendar consulta no centro de saúde; 15% (n=5) por ausência do profissional de referência no centro de saúde e; 12% (n=4) por resistência ao tratamento no centro de saúde.

No que se refere à contra-referência, entendida como o retorno do paciente ao mesmo centro de saúde que o encaminhou ao CERSAM, dos 22 pacientes que chegaram ao CERSAM por meio de encaminhamento de centros de saúde, metade foi contra-referenciada (n=11).

Ao final da coleta dos dados, dos 98 pacientes incluídos no estudo, 35 (36%) não tiveram seus prontuários encontrados nos centros de saúde visitados; 38 (39%) continuaram em tratamento nestes centros; 14 (14%) abandonaram o tratamento; 9 (9%) foram encaminhados para outros serviços de saúde mental e 2 (3%) foram reinscritos no CERSAM.

Dos pacientes que permaneceram em tratamento nos centros de saúde (n=38), 47% (n=18) realizou suas consultas mensalmente; 34% (n=13) de 2 em 2 meses; 13% (n=5) semanalmente; 3% (n=1) quinzenalmente e; 3% (n=1) trimestralmente.

### **Análise dos Diagnósticos**

Dada a importância do diagnóstico para a continuidade do cuidado<sup>6, 11, 23</sup> 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.

Resumidamente, no que se refere às 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, o diagnóstico não se mostrou estatisticamente significativo.

Para os pacientes que permaneceram em tratamento nos centros de saúde (n=38), os intervalos de atendimento foram iguais para todos os diagnósticos. Tanto os pacientes com transtorno psicótico quanto pacientes com outros diagnósticos (transtornos de humor, neuróticos, dois ou mais diagnósticos associados) realizaram, a maioria, consultas mensalmente. Apesar de haver uma proporção maior de pacientes com diagnóstico de psicose que realizaram consultas em intervalo maior que um mês (45%; n=9), comparado aos outros diagnósticos (23%, n=4), não houve diferença estatisticamente significativa entre os intervalos de atendimento por diagnóstico.

### **Fatores Facilitadores e Dificultadores**

Como o número de pacientes cujos prontuários não foram encontrados nos centros de saúde foi elevado (36%, n=35), optou-se por fazer uma análise univariada para se verificar se existiam diferenças entre estes e os encontrados 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 =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.

Já a análise univariada mostrada na Tabela 3 visou 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). 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=1,10-15,32); e para os pacientes que retornaram ao CERSAM para nova consulta após o primeiro encaminhamento (OR=3,91; IC =1,13-14,05). As demais variáveis, não apresentaram diferenças estatisticamente significativas.

Nos resultados obtidos através das entrevistas (Quadro 1), os fatores mais citados que facilitam a continuidade do cuidado dos pacientes nos centros de saúde foram a flexibilidade da equipe profissional para atender o paciente fora dos horários previamente marcados; o acolhimento que é dado ao paciente, entendido como a maneira como este é recebido no serviço; a localização do centro de saúde; a possibilidade de atividades ocupacionais; a junção das equipes de saúde da família com as equipes de saúde mental e; a disponibilidade de fornecimento de medicação.

Com relação aos fatores que dificultam a continuidade do cuidado nos centros de saúde, foram apontados: o próprio adoecimento dos pacientes; o encaminhamento para um profissional específico (psiquiatra ou psicólogo) e não para a “equipe” de saúde mental dos serviços; a falta de comunicação entre os serviços antes do encaminhamento do paciente; a falta de medicamentos na farmácia dos centros de saúde; o distanciamento na agenda para a marcação de consultas, em função do número de profissionais nas unidades e da carga horária de trabalho destes, que faz com que as consultas sejam muito espaçadas.

## Discussão

Nossos achados nos permitem concluir que mais de um terço dos pacientes encaminhados para os centros de saúde da área de abrangência do CERSAM em estudo não conseguiram sequer chegar a estes locais. Dos que conseguiram chegar, 62% conseguiram se manter em tratamento e nenhuma característica individual esteve associada à continuidade do cuidado.

Apesar da importância da continuidade do cuidado para os portadores de transtorno mental, encontramos apenas um estudo nacional que avaliasse especificamente este tema<sup>2</sup>. Tal estudo, realizado em Campinas em 1992/93, indicou problemas na implementação da política de saúde mental na rede básica relativos à falta de clareza das diretrizes operacionais, infraestrutura e sistemática de planejamento e avaliação dos serviços, o que refletiu em comprometimento da continuidade dos pacientes. A literatura internacional, por sua vez, é mais extensa e antiga e abrange uma grande quantidade de aspectos e serviços avaliados<sup>4,10,11,25</sup>. Esta carência de estudos nacionais se torna ainda mais preocupante se levarmos em consideração que as intervenções em saúde mental em nosso país ainda estão em fase aprimoramento. Os CAPS, NAPS, CERSAM, centros de convivência e demais propostas de atendimento ao paciente na comunidade estão em funcionamento a mais ou menos duas décadas. Diante disso, torna-se imprescindível não só avaliar a efetividade dos serviços em manter a continuidade do cuidado, como também conhecer a clientela atendida para melhor adequá-los às necessidades dos usuários.

Neste estudo foi observado um predomínio de mulheres encaminhadas para os centros de saúde, o que está de acordo com a maioria dos estudos realizados em serviços ambulatoriais<sup>12,17,18,19,20</sup>, e de indivíduos jovens<sup>1,9,14,19</sup>. Foi observada uma frequência elevada de pacientes com transtorno psicótico, seguido de dois ou mais diagnósticos, transtornos de humor e transtornos neuróticos, como o diagnóstico menos prevalente. Para todas as categorias diagnósticas, as mulheres tiveram uma proporção maior que os homens.

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, o diagnóstico mais frequente foi o de neurose<sup>18,19,20</sup> e não de psicose, como visto neste 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 ser

internados em hospitais psiquiátricos na presença de algum tipo de transtorno psicótico, em comparação com as mulheres<sup>22</sup>.

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)<sup>13,22</sup> e semelhante à média encontrada em um CAPS em SP (7 a 24 meses)<sup>18</sup>. 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 importante diz respeito ao fato que o tempo de permanência no CERSAM 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 foi de aproximadamente 2,5 meses. Este tempo foi muito maior que o encontrado em serviços da rede básica de Campinas, onde o tempo médio entre a alta hospitalar e a consulta ambulatorial foi de 15 dias, variando de 1 a 48 dias<sup>2</sup> e um pouco menor que o encontrado em um estudo realizado em Belo Horizonte<sup>13</sup>, que chegou a até 3 meses. Este dado pode sugerir uma dificuldade no agendamento de consultas nos centros de saúde que pode estar relacionado tanto a questões de infra-estrutura dos serviços, como por exemplo a carência de profissionais de saúde mental e medicamentos nas unidades, quanto a um aumento da demanda por este tipo de atendimento.

Metade dos pacientes foi contra-referenciada, ou seja, foram encaminhados 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).

Dos 98 pacientes encaminhados para a continuidade do cuidado em centros de saúde, mais de 1/3 deles não tiveram seus prontuários encontrados nos serviços. Dos que foram encontrados, 62% continuavam em tratamento. Apesar destes números serem um pouco maiores que os verificados em Campinas<sup>2</sup> (49%), eles apontam a existência de uma barreira entre os serviços, o que explicaria a dificuldade de alguns pacientes em chegar aos centros de saúde após o encaminhamento. No entanto, os pacientes que conseguem transpor esta primeira barreira e

chegam aos centros de saúde, parecem conseguir manter-se em tratamento nestes serviços. Este dado sugere 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 serviços da rede, no caso, CERSAM - centros de saúde.

Em termos do conceito de continuidade, estes resultados apontam para uma falha na continuidade transversal, entendida como a capacidade dos serviços manterem contato com o paciente quando este muda de nível de assistência<sup>4</sup>. Ao mesmo tempo, sugerem que existe uma boa continuidade longitudinal, ou seja, quando o paciente consegue chegar ao serviço, este último consegue mantê-lo em tratamento ao longo do tempo<sup>4</sup>.

Dos pacientes que se mantiveram em tratamento nos centros de saúde, a maioria realizou suas consultas mensalmente ou de dois em dois meses. Este espaçamento pode indicar uma desproporção entre a demanda por atendimento e a oferta de profissionais em saúde mental. A disponibilidade de profissionais, em quantidade e qualificação, tem sido apontada como uma importante questão estrutural envolvida na continuidade do cuidado<sup>6</sup>.

Outra observação importante diz respeito ao fato de que uma proporção maior de pacientes com diagnóstico de transtorno psicótico realiza consultas em intervalo superior a um mês, diferentemente das outras categorias diagnósticas cuja minoria realiza consultas neste intervalo. Se tomarmos como referência a política de saúde existente no município para o atendimento em saúde mental, os pacientes psicóticos (além de egressos hospitalares e neuróticos graves) seriam considerados a clientela preferencial para o atendimento. No entanto, suas consultas são mais espaçadas que as demais patologias. Isto tanto pode se dever a uma melhora do paciente com estabilização do seu quadro sintomático, quanto ao fato de que alguns profissionais nos centros de saúde conduzem de maneira diferente o atendimento aos pacientes considerados mais graves e suscetíveis de serem internados, como apontado por Amaral<sup>2</sup>.

Retornar ao CERSAM para nova consulta após o primeiro encaminhamento aumentou as chances dos pacientes serem encontrados nos centros de saúde, quando comparados aos pacientes que não foram encontrados. Também a chance de continuar em tratamento nos centros de saúde foi maior para os pacientes que retornaram ao CERSAM após o primeiro encaminhamento e para os pacientes que tiveram dois ou mais encaminhamentos. Isto aponta

para a importância e para a necessidade de comunicação entre os serviços intermediando o paciente durante sua passagem para os centros de saúde.

Nenhuma característica individual do paciente como sexo, idade ou diagnóstico esteve associada à continuidade do cuidado. Este conjunto de achados parece sugerir que retornando ao CERSAM, os pacientes acabam provocando uma maior comunicação entre os serviços, o que poderia facilitar a aceitação ao tratamento nos centros de saúde.

Como não foi evidenciada nenhuma relação do diagnóstico com as variáveis predisponentes da continuidade do cuidado (retorno ao CERSAM após encaminhamento e número de encaminhamentos para centros de saúde) não podemos inferir que tais variáveis estariam refletindo um reconhecimento diferenciado da patologia dos pacientes. Pelo contrário, nossos dados mostram que os pacientes foram tratados da mesma maneira, independentemente do diagnóstico. Isto nos leva a supor que se trata mesmo de um esforço do CERSAM em manter o contato do paciente com os serviços e não uma decorrência da gravidade do quadro do paciente.

Ao examinar nossos resultados, alguns cuidados devem ser tomados. Como se tratou de coleta de 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 algumas possibilidades de análise.

Apesar desta limitação, podemos concluir que a continuidade do cuidado em centros de saúde, não estando associada aos atributos individuais dos pacientes, poderia estar mais relacionada a outros fatores de contexto, incluindo aqueles relacionados a gestão e organização do sistema de saúde do município.

Alguns aspectos estruturais dos centros de saúde como a dificuldade em se agendar consultas, a carência de profissionais e de medicação foram os principais motivos relacionados ao retorno dos pacientes ao CERSAM neste estudo. Se por um lado o retorno contribuiu para a continuidade, por outro, pode comprometer a visão que os usuários têm dos centros de saúde. Ao invés de se tornarem referência para o tratamento, correm o risco de serem taxados como serviços pouco resolutivos. Uma maneira de contornar este problema e uma sugestão dos autores seria a destinação, por parte das secretarias de saúde e prefeitura, de investimentos

para a contratação de profissionais, compra de medicação em qualidade e quantidade suficiente para atender a toda a demanda de saúde mental dos centros de saúde e a criação de protocolos de encaminhamento que enfatizassem a importância da comunicação 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, mas também no acompanhamento destes durante todo o seu tratamento.

Estudos como o descrito neste trabalho são de grande relevância para conhecer e intervir na realidade dos serviços. Avaliações mais amplas que envolvam o trinômio estrutura, processo e resultado poderiam ser de grande utilidade para se verificar quais fatores, organizacionais e/ou individuais, estariam envolvidos na continuidade, facilitando-a, ou dificultando-a.

## **Agradecimentos**

As autoras agradecem à Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, aos gerentes e às equipes dos centros de saúde pela receptividade e disponibilidade, a Caram C, pela ajuda na análise estatística e à CAPES, pela concessão da bolsa de pesquisa. Dra Waleska T. Caiaffa é pesquisadora com bolsa de produtividade do CNPq.

## Referências Bibliográficas

- 1- Almeida- Filho N e cols. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). *Rev ABP-APAL*. 1992; 14(3): 93-104.
- 2- Amaral MA. Análise da implementação da política de saúde mental para a rede básica em Campinas – 1992/1993. [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Federal de Campinas; 1995.
- 3- Amarante P. A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fio Cruz; 1995.
- 4- Bachrach L: Continuity of care for chronic mental patients: a conceptual analysis. *Am J Psychiatry*. 1981; 138:1449-1456.
- 5- Bandeira M, Gelinas D, Lesage A. Desinstitucionalização: o programa de acompanhamento intensivo na comunidade. *J Bras Psiquiatr*. 1998; 47 (12): 627-640.
- 6- Bandeira, M. Reinserção de doentes mentais na comunidade: fatores determinantes das re-hospitalizações. *J Bras Psiquiatr*, 1993; 42 (9): 491-498.
- 7- Dean AG; Dean JA, Coloumber, D; Brender KA et al. Epi-Info versão 6. Atlanta: Centers of Disease Control and Prevention; 1994.
- 8- Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Quartely*, 1996; 44:166-203.
- 9- 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.
- 10- Fortney, J; Sullivan, G et al. Measuring continuity of care for clients of public mental health systems. *Health Serv Res*. 2003; 38: 1157-1175.
- 11- Greenberg, GA; Rosenheck, RA. Managerial and environmental factors in the continuity of mental health care across institutions. *Psychiatr Serv*. 2003; 54:529-534.
- 12- 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): 269-280.
- 13- 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]. Minas Gerais: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; 2000.
- 14- 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.
- 15- Nick E, Oliveira SB. Tendências políticas de saúde mental no Brasil. *J Bras Psiquiatr*. 1998; 47(11): 583-589.

- 16- Pitta AMF. Os Centros de Atenção Psicossocial: espaços de reabilitação? *J Bras Psiquiatr.* 1994, 43(12): 647-654.
- 17- 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): 441-452.
- 18- 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: Núcleo de Ensino e Pesquisas CAPs Luiz Cerqueira, Dep. Medic. Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; 1991.
- 19- Pondé MP. Avaliação de dois serviços de saúde da rede básica de atendimento da Prefeitura Municipal de Campinas. *J Bras Psiquiatr.* 1994; 43(8): 429-432.
- 20- 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): 163-169.
- 21- Secretaria Municipal de Saúde. Propostas da Secretaria Municipal de Saúde. VIII Conferência Municipal de Saúde: etapa municipal da XII conferência nacional, BH, 2003.
- 22- 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 Saúde Pública.* 1999; 15(3): 505-511.
- 23- Sparr LF, Moffitt MC, Ward MF. Missed psychiatric appointments who returns and who stays away. *Am J Psychiatry.* 1993; 150(5):801-5.
- 24- SPSS versão 11.5 for windows [computer program]. Statistical Package for the Social Science; 2001.
- 25- 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):209-221.

Tabela 1 – Distribuição de frequência das variáveis relacionadas à condução do tratamento dos pacientes encaminhados para centros de saúde de Belo Horizonte (MG), (n=98) de acordo com o diagnóstico

Variáveis	Total n= 98*	DIAGNÓSTICO (%)		Valor p***
		Transtornos Psicóticos	Outros**	
<b>Duração do tratamento no CERSAM</b>				0,399
Até 6 meses	47	19 (44,0)	28 (53,0)	
Mais de 6 meses	49	24 (56,0)	25 (47,0)	
<b>Nº de encaminhamentos realizados</b>				0,652
1 encaminhamento	67	29 (67,0)	38 (72,0)	
2 ou mais encaminhamentos	29	14 (33,0)	15 (28,0)	
<b>Retorno ao CERSAM após 1º encaminhamento</b>				0,598
Sim	33	16 (37,0)	17 (32,0)	
Não	63	27 (63,0)	36 (68,0)	
<b>Tempo entre o 1º encaminhamento do CERSAM e 1ª consulta CS</b>				0,960
Até 1 mês	25	12 (40,0)	13 (41,0)	
Mais de 1 mês	37	18 (60,0)	19 (59,0)	
<b>Intervalo dos atendimentos no CS****</b>				0,173
Até 1 mês	24	11 (55,0)	13 (76,5)	
Mais de 1 mês	13	9 (45,0)	4 (23,5)	

\* Total variou de acordo com a exclusão das informações ignoradas.

\*\* Categoria que incluiu os transtornos de humor, neuróticos e dois ou mais diagnósticos associados sem distinção de qual é o principal - F09+F31; G40+F19+F29; F40 (?)/F32(?); F19+F70; F29+ F00; F20+F32(?); F20+F60

\*\*\* Obtido através do X<sup>2</sup> de Pearson.

\*\*\*\* Total referente aos pacientes em tratamento no CS (n=38).

Tabela 2 – Distribuição de frequência das características sócio-demográficas e clínicas dos pacientes encaminhados para centros de saúde de Belo Horizonte (MG), (n=98) de acordo com o encontro do prontuário nos serviços

Variáveis	Total* n = 98	Prontuário encontrado no CS**		OR (95% IC)	Valor p***
		SIM (%)	NÃO (%)		
<b>Idade (anos)</b>					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)	
<b>Sexo</b>					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)	
<b>Diagnóstico (CID 10)</b>					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)	
<b>Origem da referência</b>					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)	
<b>Nº de atendimentos realizados antes da abertura do prontuário - CERSAM</b>					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)	
<b>Retorno ao CERSAM após 1º encaminhamento</b>					0,023
Sim	34	27 (79,4)	7 (20,6)	<b>3,0 (1,05-8,88)</b>	
Não	64	36 (56,0)	28 (44,0)	1,0	

\* Total variou de acordo com a exclusão das informações ignoradas

\*\* Prontuário encontrado nos centros de saúde da área de abrangência do CERSAM

\*\*\* Obtido através do  $\chi^2$  de Pearson ou exato de Fisher, quando apropriado.

\*\*\*\* Categoria que incluiu os transtornos de humor, neuróticos e dois ou mais diagnósticos associados sem distinção de qual é o principal - F09+F31; G40+F19+F29; F40 (?)/F32(?); F19+F70; F29+ F00; F20+F32(?); F20+F60

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

Tabela 3 – Análise univariada das características sócio-demográficas e clínicas dos pacientes encaminhados para centros de saúde de Belo Horizonte (MG), de acordo com a continuidade do cuidado nos centros de saúde (n=63)

Variáveis	Total n = 63	Continua no CS*		OR (95% IC)	Valor p**
		SIM (%)	NÃO (%)		
<b>Idade (anos)</b>					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)	
<b>Sexo</b>					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)	
<b>Diagnóstico (CID 10)</b>					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)	
<b>Origem da referência</b>					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)	
<b>Internações psiquiátricas anteriores</b>					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)	
<b>Nº de atendimentos realizados antes da abertura do prontuário no CERSAM</b>					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)	
<b>Duração do tratamento no CERSAM</b>					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)	
<b>Nº de encaminhamentos realizados</b>					<b>0,016</b>
Um encaminhamento	39	19 (49,0)	20 (51,0)	1,0	
Dois ou mais encaminhamentos	24	19 (79,0)	5 (21,0)	<b>4,00 (1,10-15,32)</b>	
<b>Retorno ao CERSAM após 1º encaminhamento</b>					<b>0,014</b>
Sim	27	21 (78,0)	6 (22,0)	<b>3,91 (1,13-14,05)</b>	
Não	36	17 (47,0)	19 (53,0)	1,0	
<b>Tempo entre o 1º encaminhamento do CERSAM e a 1ª consulta no CS</b>					0,570
Até 1 mês	25	14 (56,0)	11 (44,0)	1	
Mais de 1 mês	38	24 (63,0)	14 (37,0)	1,35 (0,43-4,28)	

\* Em tratamento em um dos oito centros de saúde visitados

\*\* Obtido através do X<sup>2</sup> de Pearson ou exato de Fisher, quando apropriado.

\*\*\* Categoria que incluiu os transtornos de humor, neuróticos e dois ou mais diagnósticos associados sem distinção de qual é o principal - F09+F31; G40+F19+F29; F40 (?)/F32(?); F19+F70; F29+ F00; F20+F32(?); F20+F60

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

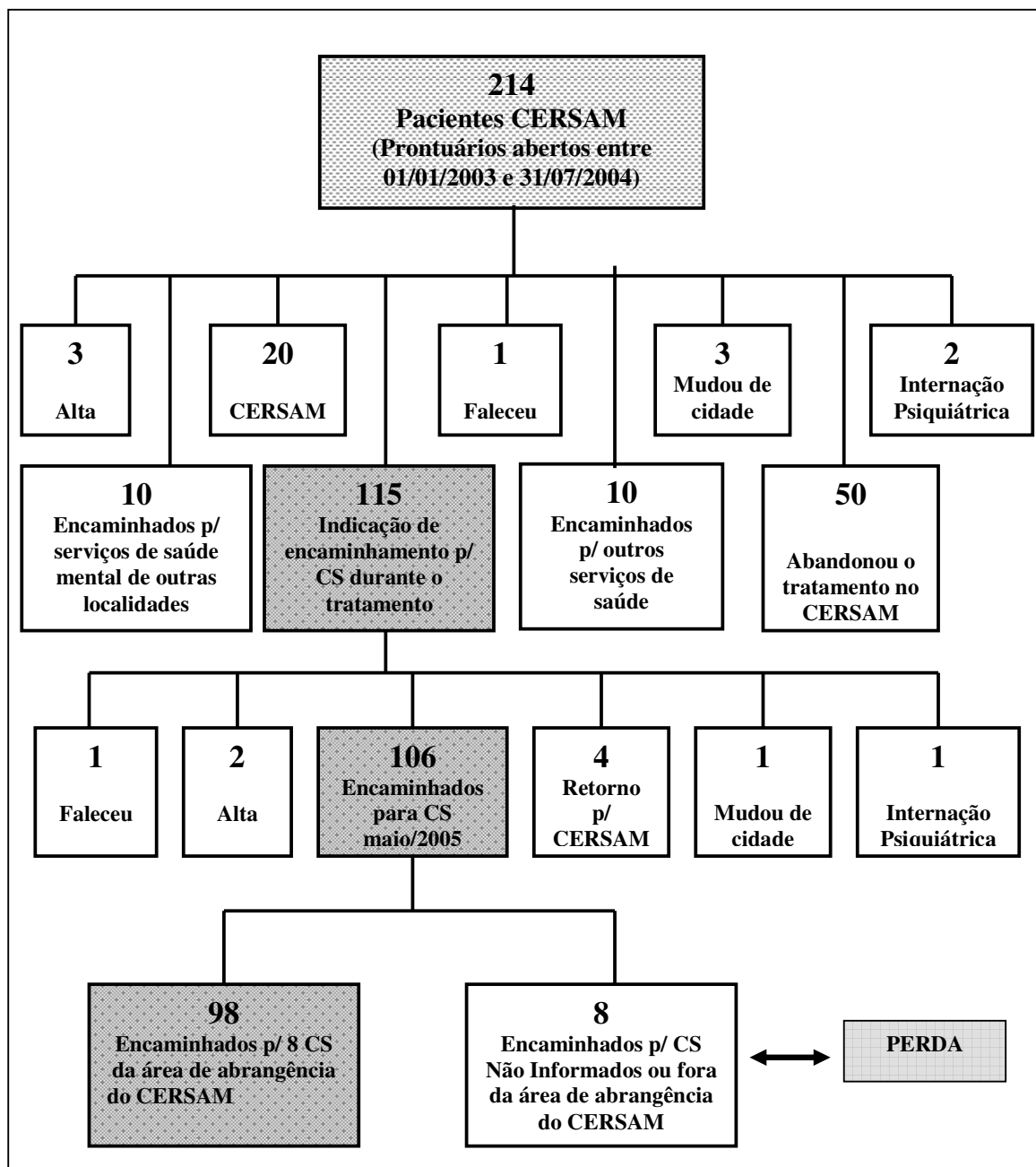


Figura 1: Fluxograma do processo de seleção dos pacientes de seguimento

## 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema discutido nesta investigação, qual seja a continuidade do cuidado de portadores de sofrimento mental em centros de saúde, é de grande utilidade para se verificar se os objetivos propostos pelo processo de desinstitucionalização estão sendo ou não alcançados, já que a continuidade é considerada por alguns autores como uma forma de se medir a qualidade dos serviços prestados<sup>3</sup>.

Embora este estudo seja apenas um fragmento das diversas possibilidades de investigação, no que diz respeito à continuidade do tratamento, acreditamos que os resultados aqui apresentados poderão contribuir para o planejamento e avaliação de políticas de saúde específicas para os portadores de sofrimento mental. Acreditamos também, que tais resultados poderão auxiliar os serviços, tanto o CERSAM Barreiro quanto os centros de saúde de sua área de abrangência, gerentes e profissionais a entender melhor os fatores relacionados à continuidade.

Além de possibilitar um melhor entendimento dos fatores relacionados à continuidade em serviços como centros de saúde, este trabalho nos permitiu entender melhor o funcionamento do sistema de saúde do município e dos serviços que o compõem. Foi possível perceber as diferenças entre os serviços, não só entre o CERSAM e os centros de saúde, mas entre os próprios centros de saúde, entre as equipes de saúde mental, entre as maneiras de agir frente ao paciente e ao encaminhamento.

Entendemos que a continuidade do cuidado pode, e deve, ser utilizada como uma importante ferramenta dos serviços e do sistema de saúde para o planejamento, execução e avaliação do cuidado prestado ao portador de sofrimento mental.

Uma questão importante evidenciada por este estudo foi a necessidade de comunicação entre os serviços comunitários que prestam serviços de saúde mental à população, principalmente entre os CERSAM e os centros de saúde. Acreditamos que se houver uma maior compreensão por parte de todos que pacientes com transtornos mentais necessitam de acompanhamento

---

<sup>3</sup> Ware, NC; Dickey, B; Tugenberg, T; McHorney, C. CONNECT: A measure of continuity of care in mental health services. *Mental Health Services Research*, 2003; 5 (4):209-221.

integral durante sua passagem para os centros de saúde, diminuiremos muito a quantidade de pacientes que perdem o contato com os serviços melhorando sua qualidade de vida.

Este estudo teve algumas limitações no que diz respeito à coleta de dados, como foi o caso dos prontuários (dados secundários). Algumas informações importantes como escolaridade, estado civil, duração da doença, sintomatologia associada ao quadro clínico e internações psiquiátricas antes e durante o tratamento não puderam ser obtidas ou por falta de informação nos prontuários ou pela baixa qualidade da informação. Esta é uma triste realidade que evidencia a péssima qualidade da informação e a necessidade da criação de protocolos mais rígidos para o preenchimento de prontuários.

Apesar das limitações, conduzir este estudo foi muito gratificante do ponto de vista de aprendizagem, não apenas científica e acadêmica mas também profissional e pessoal...



**APÊNDICE A – Projeto de Pesquisa**

**Páginas 61-97**

**Graziella Lage Oliveira**

**SAÚDE MENTAL E A CONTINUIDADE DO CUIDADO EM CENTROS  
DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE – MG**

Projeto de mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, para aprovação em banca de qualificação.

Área de concentração: Políticas de Saúde e Planejamento

Orientadora: Prof. (a) Mariângela Leal Cherchiglia

Co-orientadora: Prof (a) Waleska Teixeira Caiaffa

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

**BELO HORIZONTE**

**2004**

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	64
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	67
2.1 O Processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	67
2.2 A Assistência à Saúde Mental em Belo Horizonte.....	72
2.3 CERSAM Barreiro.....	78
2.3.1 Objetivos.....	78
2.3.2 Clientela.....	78
2.3.3 Proposta de atendimento.....	78
2.3.4 Rotina de funcionamento.....	79
2.3.5 Recursos Humanos.....	79
2.4 Centros de Saúde com Equipe de Saúde Mental.....	81
2.4.1 Objetivos.....	81
2.4.2 Clientela.....	81
2.4.3 Proposta de Atendimento.....	81
2.4.4 Rotina de Funcionamento.....	82
2.4.5 Recursos Humanos.....	84
2.5 Avaliação em Saúde.....	85
2.6 Continuidade do Cuidado em Saúde Mental.....	87
2.6.1 Conceito de Continuidade.....	88
2.6.2 Fatores Envolvidos na Continuidade.....	89
3 OBJETIVOS.....	90
3.1 Geral.....	90
3.2 Específicos.....	90
4 METODOLOGIA.....	90
4.1 Desenho.....	90
4.2 Local.....	90
4.3 Período.....	91
4.4 População.....	91
4.5 Critério de Caso.....	91
4.5.1 Continuidade do cuidado.....	91
4.5.2 Critérios de Exclusão.....	91
4.6 Tamanho da Amostra.....	91
4.7 Variáveis de Medida de Exposição.....	92
4.8 Obtenção dos Dados.....	92
4.8.1 Coleta de dados.....	92
4.9 Estudo Piloto.....	92
4.10 Análise dos Dados.....	93
4.11 Aspectos Éticos e Confidencialidade.....	93
4.12 Vantagens e Limitações do Estudo.....	93
5 CRONOGRAMA.....	94
6 BIBLIOGRAFIA.....	95

## 1 - INTRODUÇÃO

O movimento de reforma psiquiátrica introduziu, ao final da década de 50, uma série de mudanças na assistência ao portador de sofrimento mental por todo o mundo. Os países pioneiros deste movimento foram França, Estados Unidos (EUA), Inglaterra e Itália sendo que, este último, foi considerado como marco mundial deste movimento (Pondé, 1994; Nick e Oliveira, 1998).

No Brasil, o processo de reforma ocorreu tardiamente em relação aos países da Europa e EUA. Somente a partir da década de 70 que o país começa a discutir uma transformação na assistência ao portador de sofrimento mental motivada pela prática de segregação e exclusão social promovida pelo manicômio. Estas críticas levaram ao aparecimento de novas propostas de assistência que visam aliar ao tratamento o resgate da cidadania e da dignidade dos pacientes. Foi priorizado o atendimento extra-hospitalar, através de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, a ampliação da rede de ambulatórios de saúde mental, a criação de hospitais-dia e hospitais-noite, centros de saúde mental comunitários, oficinas de trabalho terapêutico e lares abrigados (Filho, Cavalcanti, Cadilhe et al, 1996; Lima, 2002).

Os resultados da introdução destas novas modalidades de atendimento ao portador de sofrimento mental foram muito significativos em relação à diminuição do número de leitos e hospitais psiquiátricos em todo o mundo, inclusive no Brasil. Com relação ao desenvolvimento de serviços substitutivos aos hospitais na comunidade, apesar dos grandes avanços obtidos, parece que ainda existem algumas dificuldades que podem ser atribuídas à escassez de recursos para implantação de tais serviços em número suficiente e adequado, que seja capaz de atender às múltiplas necessidades dos pacientes oriundos do processo de reforma (Bandeira, Gelinas e Lesage, 1998).

No Brasil, assim como nos países pioneiros deste movimento, as principais dificuldades se referem à qualidade dos serviços e à dificuldade destes em manter a continuidade do tratamento dos pacientes. Segundo Bandeira et al (1998), tais dificuldades podem ser atribuídas à forma inadequada de encaminhamento do paciente psiquiátrico durante seu processo de integração na comunidade.

As conseqüências da falta de continuidade no tratamento têm implicações diversas na vida dos pacientes, de seus familiares e da comunidade. De acordo com Bandeira et al (1998), sem o acompanhamento médico o paciente interrompe também o tratamento medicamentoso e, em função disto, pode apresentar distúrbios de comportamento; ansiedade; sintomas psicóticos; abuso de substâncias; risco de suicídio (taxas de 10% entre pacientes com depressão e de 15% em pacientes com diagnóstico de esquizofrenia); e maior propensão a reinternações.

Um estudo conduzido em Campinas, SP, mostrou que, de 150 pacientes encaminhados a centros de saúde para a continuidade do tratamento, cerca de 49% não compareceram nem à primeira consulta e, dos que o fizeram, 51,4% abandonaram o tratamento em até quatro meses, período no qual 25% voltaram a ser internados em hospital psiquiátrico (Amaral, 2002).

No ano de 2002, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, MG, propôs a união entre o Projeto de Saúde Mental do município e o Projeto “BH-VIDA: Saúde Integral”, com vistas à integralidade do cuidado dos pacientes, utilizando como estratégia a noção de linha de cuidado. De acordo com esta, os Centros de Referência à Saúde Mental (CERSAM), serviços regionalizados substitutivos ao hospital psiquiátrico, destinados ao atendimento de casos graves, de urgências e de crise, deveriam atuar em conjunto com os outros serviços, inclusive com os centros de saúde, que são os responsáveis pela continuidade do tratamento dos pacientes após o período de crise (Secretaria Municipal de Saúde, 2003).

Toda a movimentação dos pacientes pelos diversos níveis da atenção (primário, secundário, terciário) deveria ser acompanhada pelas equipes dos centros de saúde ficando, sob responsabilidade destas, a manutenção do contato do paciente com os serviços. Esta transição entre os diversos níveis da atenção, principalmente quando o paciente recebe alta do CERSAM e é encaminhado ao centro de saúde, deveria ser efetuada de forma segura, sem comprometimento na continuidade do tratamento.

No entanto, um trabalho conduzido no CERSAM Pampulha em Belo Horizonte, por Melo (2000) observou que, de 127 pacientes encaminhados para centros de saúde, 45% retornaram ao CERSAM para novo atendimento, sendo que destes, 47,4% foram novamente reinscritos e 49,1% foram reencaminhados.

Considerando que a demanda nestes serviços é contínua e que existem dificuldades no encaminhamento de seus casos para centros de saúde, o que ocorre é um aumento progressivo da clientela sem aumento nas condições de atendimento, além das graves conseqüências já descritas para o paciente e seus familiares.

Torna-se, desta forma, necessário avaliar se a proposta da linha de cuidado está sendo efetiva no sentido de prover a continuidade do tratamento dos pacientes portadores de sofrimento mental no município de Belo Horizonte, MG. Para isso, o presente trabalho poderá fornecer dados importantes sobre os fatores associados à continuidade do tratamento psiquiátrico em centros de saúde da região do Barreiro no município de Belo Horizonte, que podem estar tanto favorecendo quanto dificultando este processo.

Seguindo a lógica de avaliação sugerida por Donabedian, o presente trabalho procurará fazer um estudo de processo utilizando métodos quantitativos (descritivos) e qualitativos (entrevistas), por entender que os resultados deste tipo de avaliação podem auxiliar os serviços a propor mudanças que aumentem a efetividade de suas ações. Como indicador de processo, este trabalho utilizará o conceito de continuidade, que possui importância nuclear na avaliação de qualidade de serviços ou programas de saúde mental (Contandriopoulos et al, 1998; Greenberg e Rosenheck, 2003).

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 O PROCESSO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL**

O movimento da “Reforma Psiquiátrica” foi iniciado nos países da Europa e EUA a partir da metade do século passado, quando as práticas de cuidado do doente mental, principalmente a instituição asilar, começaram a ser alvo de críticas e reformas, o que levou à construção de alternativas ao hospital psiquiátrico. Como traçadores mundiais deste movimento destacam-se: as Comunidades Terapêuticas na Inglaterra, a Psiquiatria de Setor francesa, a Psiquiatria Preventivista, a Antipsiquiatria e a experiência italiana na cidade de Trieste, considerada como marco mundial da reforma. Todas estas mudanças levaram à criação de novos paradigmas para a assistência ao doente mental em todo o mundo (Pondé, Marchi, 1994; Melo, 2000; Amarante, 1995).

No Brasil, o movimento de Reforma Psiquiátrica, também denominado desinstitucionalização, teve um início tardio em relação à Europa e EUA e ocorreu inserido no contexto de modificações do sistema de saúde do país (Nick, Oliveira, 1998).

A década de 60 foi um período marcado pelo discurso do “milagre econômico”, caracterizado pelo privilegiamento do desenvolvimento econômico, mesmo em detrimento do social; pela forte concentração de renda e pela privatização dos serviços de saúde. O modelo de assistência médica praticado no país, nesta época, era o assistencial privatista, cujas características principais eram: a extensão da cobertura previdenciária, de forma a abranger quase toda a população urbana e rural; o privilegiamento da prática curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública; a criação, através da intervenção estatal, de um complexo médico-industrial e; o desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica, orientada em termos de lucratividade do setor saúde. Com relação à assistência psiquiátrica, observa-se uma extensão da assistência também à massa de trabalhadores coberta pela Previdência Social e assiste-se a uma acelerada expansão de leitos psiquiátricos, com um aumento de quase três vezes o número de estabelecimentos, principalmente no setor privado, sem nenhum controle, por parte do Estado, sobre a duração das internações. Este fato ficou conhecido como a “indústria da loucura”, onde em lugar da assistência encontrava-se a falta de assistência, a exclusão social e a violência institucional (Nick et al, 1998). No Estado de Minas Gerais, assim como em outros Estados do país, ocorreu nesta década uma proliferação das clínicas psiquiátricas privadas e conveniadas com

o Inamps, basicamente nas cidades de Belo Horizonte, Barbacena e Juiz de Fora. A rede pública dispunha de três hospitais psiquiátricos: o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB), abrigando uma vasta população de crônicos; o Instituto Raul Soares (IRS), que internava pacientes agudos de todo o Estado sem vínculo previdenciário; e o Hospital Galba Velloso (HGV), que funcionava basicamente como local de triagem e distribuição de pacientes previdenciários para a rede particular conveniada. Nesta época, os ambulatorios de saúde mental eram praticamente inexistentes no município de Belo Horizonte (Lobosque, 1997).

A década de 70 é marcada pela consolidação da rede privada em saúde, com um crescimento próximo de 500% no número de leitos hospitalares privados; pela crise econômica em função do fim do “milagre econômico”; e pela articulação da sociedade civil em busca do resgate da dívida social acumulada no período anterior. No campo da saúde mental, inicia-se uma série de denúncias contra a política privatizante e as precárias condições de atendimento ao doente mental e a criação do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que coloca em xeque a política psiquiátrica vigente no país (Cunha e Cunha, 1998; Nick et al, 1998; Lima, 2002). De acordo com Amarante (1995), o MTSM se caracteriza por não ser um movimento institucionalizado; por ser múltiplo e plural no que se refere, tanto à sua composição interna quanto no que se refere às instituições, entidades e outros movimentos nos quais atua organizadamente e; por ser o primeiro movimento em saúde com participação popular, identificando-se pela luta popular no campo da saúde mental e não como um movimento ou entidade da saúde. No Estado de Minas Gerais, especificamente no município de Belo Horizonte, este Movimento, que hoje intitula-se antimanicomial, foi o grande responsável por uma série de discussões e propostas no campo da saúde mental (Lobosque, 1997).

A partir dos anos 80, em função da mudança do modelo de assistência à saúde do país – do assistencial privatista para o neoliberal - e da crise financeira da Previdência Social, é criado o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) que fica responsável pela organização e aperfeiçoamento da assistência médica; pela sugestão de critérios para alocação de recursos previdenciários para este fim e; pela sugestão de políticas de financiamento e assistência à saúde. Neste período, o CONASP elabora três planos: um para a saúde previdenciária, um para a saúde oral e um para a assistência psiquiátrica. Este último, datado de 1982, ficou denominado como o Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica no Brasil e seus princípios eram: regionalização, hierarquização,

complementaridade do setor privado, descentralização; integração institucional e grande ênfase na atenção primária de saúde. Novas propostas surgiram desde então para a reorientação da assistência ao portador de sofrimento mental: foram priorizados o atendimento extra-hospitalar em psiquiatria, através de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico; a ampliação da rede de ambulatórios de saúde mental; a criação de hospitais-dia e hospitais-noite, centros de saúde mental comunitários, oficinas de trabalho terapêutico e lares abrigados. No fim da década, desenvolvem-se as primeiras experiências alternativas ao hospital psiquiátrico, tais como a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em São Paulo e do primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) em Santos (Nick et al, 1998; Amarante, 1995; Melo, 2000; Lima, 2002).

Com estas iniciativas, inicia-se o processo de desinstitucionalização no Brasil que se consolida com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988.

A década de 90 é marcada pelo desenvolvimento do SUS e de uma série de conferências e eventos no campo da saúde mental. De acordo com Cunha e Cunha (1998), além do conceito ampliado de saúde, que passa a ser entendido como determinado por diversos fatores, o SUS traz dois outros importantes conceitos: o de sistema (conjunto de várias instituições, dos três níveis de governo e do setor privado, integrado para as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde) e o de unicidade (este sistema deve ter a mesma doutrina e forma de organização em todo o país). Os princípios deste sistema se dividem em: *Doutrinários*: Universalidade (garantia de acesso às ações e serviços a todas as pessoas); Equidade (tratar de forma desigual os desiguais); Integralidade (oferecer ao usuário todos os serviços necessários ao atendimento de suas necessidades) e *Organizativos*: Regionalização e Hierarquização (organização dos serviços em níveis crescentes de complexidade, com a garantia de acesso aos serviços e com fluxos de encaminhamento e de retorno de informações ao nível básico do serviço); Descentralização e Comando Único (redistribuição de poder e responsabilidades entre os três níveis de governo) e Participação Popular.

No campo da saúde mental, destacaram-se, já a partir da metade da década de 80: a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde; a I Conferência Nacional de Saúde Mental; o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental; a apresentação do Projeto de Lei

3.657/89, de autoria do Deputado Federal Paulo Delgado<sup>3</sup>; a Declaração de Caracas, e a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental (Amarante, 1995).

Este foi um período marcado pela redução de leitos psiquiátricos em todo o país e pelo desenvolvimento de serviços comunitários substitutivos ao hospital. De acordo com o Relatório de Saúde Mental da OMS (2001), até 1991 existiam, no país, 86.000 leitos psiquiátricos com um tempo médio de internação de cerca de cem dias. Em 1993, houve a diminuição de 4.000 leitos psiquiátricos em hospitais e a abertura de 2.000 leitos de psiquiatria em hospitais gerais e a criação de serviços substitutivos comunitários como CAPS e NAPS. Os gastos com internação passaram de 7,5% sobre o gasto total de internações do SUS, em 1991, para 6,9% em 1993.

Em Belo Horizonte, o movimento mineiro dos trabalhadores de saúde mental, nesta época, se encontrava suficientemente organizado para intervir nas políticas municipais e estaduais de saúde mental. Assim é que, no final de 1992, com a mudança da gestão municipal, este movimento elabora um projeto para a saúde mental no município defendendo a criação dos Centros de Referência à Saúde Mental (CERSAM); a reorganização do atendimento ambulatorial sob novas premissas, no contexto dos distritos sanitários; um novo enfoque à saúde mental infantil e; a elaboração de um projeto de lei antimanicomial. Data desta época também, a realização do I Encontro Nacional do Movimento Antimanicomial, em Salvador que veio a se constituir mais tarde como o atual Fórum Mineiro de Saúde Mental (FMSM). Minas Gerais responde pela secretaria executiva do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial até o ano de 1995, quando realiza em Belo Horizonte o II Encontro Nacional da Luta Antimanicomial e é aprovada pelo governo do Estado a lei antimanicomial mineira, uma das mais importantes conquistas do movimento (Lobosque, 1997).

Não se pode negar que o movimento de reforma psiquiátrica no Brasil trouxe muitos ganhos para os portadores de sofrimento mental em vários aspectos, principalmente, no que se refere à diminuição do número de hospitais e leitos psiquiátricos e à criação de serviços substitutivos a estes. No entanto, como afirma Amarante (1995), este movimento, como aconteceu nos países pioneiros desta experiência, trouxe outros problemas que se referem, principalmente, à qualidade dos novos serviços implantados na comunidade. Apoiando esta observação,

---

<sup>3</sup> Dispõe sobre a extinção progressiva do manicômio e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação compulsória.

Bandeira et al (1998) alerta para o fato de que o processo de reforma da assistência psiquiátrica parece não ter atingido, ainda, sua capacidade máxima, já que não foram desenvolvidos paralelamente recursos comunitários suficientemente numerosos e adequados, capazes de atender às múltiplas necessidades dos pacientes oriundos deste processo.

De acordo com esta autora, apesar dos avanços alcançados e do pouco tempo de reforma, a reinserção dos pacientes na comunidade tem encontrado dificuldades que podem ser atribuídas à forma inadequada de encaminhamento do portador de sofrimento mental durante seu processo de integração na comunidade, onde se observa a falta de um acompanhamento multiprofissional freqüente e contínuo, ausência de programas de intervenção comunitária adequados, interrupção da terapia medicamentosa, ausência de atividade ocupacional, ausência de suporte e envolvimento das pessoas do ambiente natural do paciente, além da carência de centros profissionais suficientes para acolher os pacientes em momentos de crise (Bandeira et al, 1998).

No entanto, algumas experiências têm conseguido avançar na reorientação da assistência ao portador de sofrimento mental como é o caso, por exemplo, do Projeto Rio Maina implantado no município de Criciúma, Santa Catarina (2003). O objetivo deste projeto era integrar os egressos do hospital psiquiátrico Rio Maina com a sociedade através do acompanhamento multiprofissional contínuo. Dentre os principais resultados encontrados pelos autores, observou-se uma redução significativa no número de reinternações (22%) no grupo acompanhado em relação ao grupo controle (50%) e manutenção do tratamento farmacológico ao fim de seis meses, 67% do grupo monitorado e 44% do grupo controle. Estes resultados indicam que o acompanhamento, orientação e apoio, por meio de serviços especializados, prestados aos pacientes pós-alta são fatores que podem minimizar o número de reinternações psiquiátricas em um curto espaço de tempo, além da diminuição dos custos sociais e financeiros (Quevedo; Fernandes; Barrichello et al, 2003).

Esta é apenas uma das diversas experiências de reintegração dos portadores de sofrimento mental na comunidade. Cabe ressaltar que os novos projetos de assistência praticados no país carecem de um acompanhamento de seus modelos clínicos e institucionais com a finalidade de examinar seu modo de funcionamento e efetividade.

Segue-se abaixo, a descrição do modelo de assistência à saúde mental do município de Belo Horizonte, MG.

## **2.2 A ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL EM BELO HORIZONTE**

O modelo de assistência à saúde, como um todo, praticado no município de Belo Horizonte, é regionalizado; hierarquizado em níveis crescentes de complexidade e busca, principalmente, a integralidade nas ações com forte ênfase na atenção básica. Está calcado em uma rede de serviços que são acionados de acordo com as necessidades/demandas de seus usuários. Segue-se a lógica de que é a complexidade do problema que vai apontar o recurso a ser utilizado nos diversos níveis de atenção. Esses níveis distintos de atenção podem se entrelaçar horizontalmente com outros recursos, como a utilização de dispositivos comunitários/ONGS, ações coletivas e abordagem familiar (Secretaria Municipal de Saúde, 2003).

A política de saúde está consubstanciada no Projeto “BH Vida: Saúde Integral”, implantado em Belo Horizonte visando a integralidade do cuidado dos usuários e seus objetivos são: acesso universal; acolhimento; estabelecimento de vínculos entre profissionais e usuários com responsabilização pelo cuidado; autonomização do usuário; atuação em equipe; assistência integral e resolutiva; equidade; participação no planejamento e desenvolvimento de ações intersetoriais e cumprimento do princípio do Programa de Saúde da Família (PSF) de atuação do médico como generalista. A estratégia denominada Programa Saúde da Família, se configura como uma alternativa de ampliação dos serviços e organização da rede básica de saúde do município, com a inclusão de equipes de saúde na comunidade (Secretaria Municipal de Saúde, 2003).

Trabalhando na perspectiva de um projeto de intervenção integral e resolutivo, o “BH VIDA: Saúde Integral”, utilizando a estratégia das Equipes de Saúde da Família, propõe a imagem de uma "linha de cuidado", na qual se garanta o caminhar seguro do paciente pelos diversos níveis de atenção (FIG. 1).

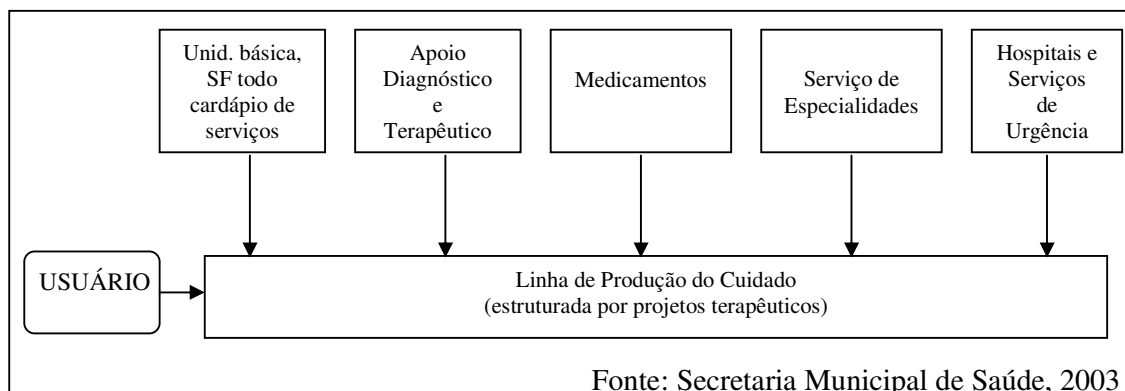


FIGURA 1 – Esquema da linha de cuidado

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde (2003), a utilização destes níveis de atenção deve se impor pela necessidade do usuário e ser permanentemente acompanhada pela equipe da unidade básica a qual ele está vinculado, independente do local de entrada no sistema. Desta forma, os pacientes, dentro da lógica da linha de cuidado, devem poder transitar com segurança entre os diferentes níveis de atenção sem interromper seu tratamento.

Dentro do “BH Vida: Saúde Integral” está o Projeto de Saúde Mental (PSM-BH) do município, inserido no ano de 2002. O PSM-BH tem como diretrizes e política a construção de uma rede integrada de serviços, programas e ações inseridos na comunidade, capazes de desenvolver uma estratégia que responda às necessidades de saúde mental dos diversos territórios, a partir de uma perspectiva e prática de desinstitucionalização. Define como suas prioridades os portadores de sofrimento mental grave (neuroses graves, psicoses e egressos hospitalares) e o objetivo maior é receber esta clientela numa rede de ações, iniciativas e serviços substitutivos ao manicômio, em regime de liberdade e promoção da inclusão social com garantia de atendimento gratuito e universalidade de acesso (Secretaria Municipal de Saúde, 2003).

O Projeto de Saúde Mental (PSM-BH) do município, apesar de atuar em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) de universalidade, equidade e integralidade das ações, traz em seu bojo alguns questionamentos em relação a determinados pressupostos organizacionais deste, quais sejam: a ênfase excessiva na organização da demanda; nos cuidados primários, na prevenção e na vigilância à saúde em detrimento do tratamento das

doenças; na expectativa demasiada na racionalidade do planejamento e; na tendência à organização de programas para doenças estatisticamente constatáveis, paralela à recusa sistemática da demanda espontânea. A crítica consiste no fato de que, assumindo tal concepção, acaba-se por transformar a rede básica de atendimento, não em uma estrutura integrada aos outros dispositivos do sistema de saúde, mas em espaços com divisões bastante claras entre o que se pode prevenir e o que não se pode. No caso da saúde mental, os “loucos” ficam a cargo de alguma estrutura capaz de atendê-los e os “pequenos desviantes” e as práticas preventivistas, permanecem nos centros de saúde (Lobosque e Abou-yd, 1998).

Atualmente, a rede pública de Belo Horizonte, MG, conta com uma estrutura de atendimento em saúde mental da qual fazem parte dois Hospitais Psiquiátricos (Hospital Galba Velloso e Instituto Raul Soares); sete Centros de Referência à Saúde Mental (CERSAM); nove Centros de Convivência; sete Serviços Residenciais Terapêuticos; Equipes Complementares de Atenção à Saúde Mental da Criança e do Adolescente; dois Centros de Referência da Infância e Adolescência (CRIA); e dispositivos de atendimento a usuários de álcool e drogas. A rede básica de saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte é composta de 131 centros de saúde, sendo que destes, 65 possuem equipes mínimas de saúde mental compostas por um psiquiatra e dois técnicos de nível superior (TNS).

Os Centros de Referência à Saúde Mental se inserem na proposta de desinstitucionalização psiquiátrica e constituem-se em dispositivos de importância nuclear na nova perspectiva de atenção à saúde mental no município de Belo Horizonte. São estruturas de nível secundário de atenção à saúde mental, regionalizadas (de acordo com os nove distritos sanitários em que se divide o município), destinadas ao atendimento de urgências e de crise, priorizando os casos mais graves, antes atendidos apenas pelo hospital psiquiátrico. Surgiram no município de Belo Horizonte inspirados pela discussão da reestruturação do modelo de assistência em saúde mental, até então centrado nos atendimentos hospitalares (Amarante, 1995).

Foram visivelmente inspirados nos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPs) de Santos (SP), inspirados, por sua vez, em serviços semelhantes em Trieste. A diferença entre estes dois serviços se encontra no fato de que os NAPs acolhem toda a demanda de saúde mental, podendo assim serem chamados de “serviços fortes”, enquanto Belo Horizonte conta com os centros de saúde e suas equipes e com Centros de Convivência, que também participam da rede de assistência à saúde mental. De forma breve, os centros de saúde têm como objetivo

dar continuidade ao tratamento e acompanhamento dos usuários após a crise e os Centros de Convivência são locais apropriados a um trabalho de reabilitação psicossocial, onde os usuários podem desenvolver várias atividades, mediante oficinas terapêuticas (Melo, 2000; Lobosque e Abou-yd, 1998).

O primeiro CERSAM iniciou suas atividades em 1993, na Regional Barreiro, seguido pelos CERSAM Noroeste (1995), Leste (1996), Pampulha (1997), Nordeste (2002), Venda Nova (2002) e Oeste (2002), totalizando sete CERSAM em funcionamento até o momento (FIG. 2).

Apenas duas, das nove regionais de Belo Horizonte, não possuem, até o momento, um CERSAM: a regional Norte e a regional Centro-Sul. O atendimento nestas regionais é feito pelo CERSAM da regional mais próxima.

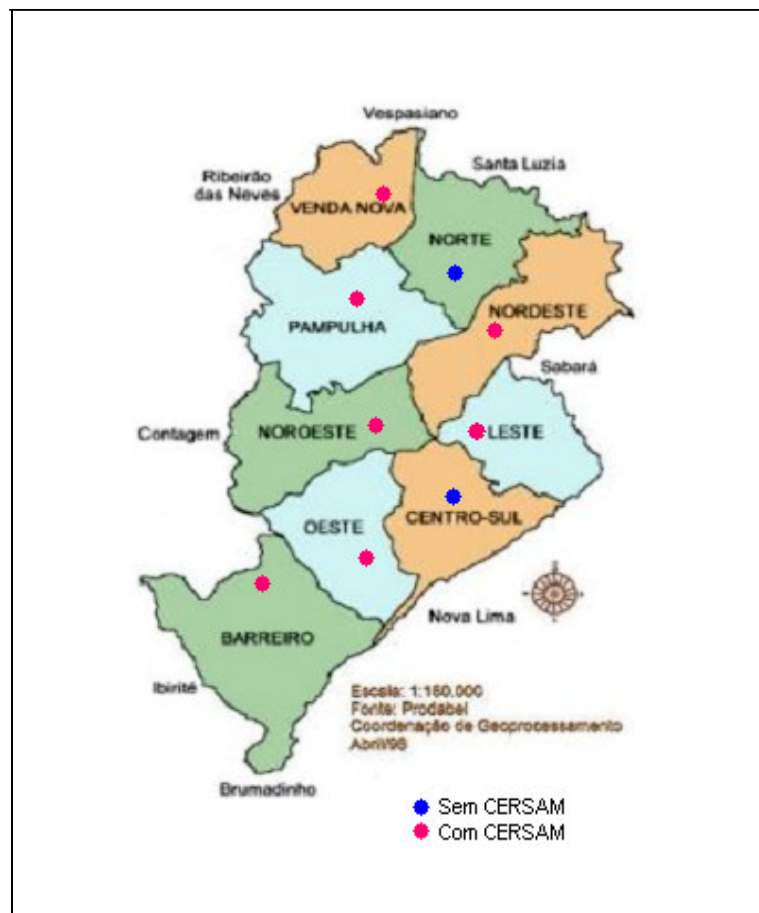


FIGURA 2 - Localização dos CERSAM nas regionais do município de Belo Horizonte.

Com a integração do PSM-BH no “BH Vida: Saúde Integral”, a “porta de entrada” principal e privilegiada para o sistema de saúde no município, para os portadores de sofrimento mental, passa a ser a rede básica de atenção: os Centros de Saúde. Estes, inseridos na comunidade, têm o conhecimento da realidade das famílias/pessoas que a compõem com suas características socioeconômicas, culturais, epidemiológicas e demográficas. Isso torna possível a essas unidades entender e intervir nos processos de saúde/doença existentes na comunidade. Cada Centro de Saúde/Equipe de Saúde Mental é responsável pelo atendimento da população de sua área de abrangência, juntamente com as equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), onde se fazem presentes. Compete aos Centros de Saúde adotar uma postura de escuta com compromisso de dar uma resposta às necessidades de saúde trazidas pelos usuários, avançando na reorganização do processo de trabalho em equipe. Pode-se entender, portanto, que um primeiro nível de acolhimento deve-se operar a partir dos Centros de Saúde com fluxos de encaminhamento (referência) a outros níveis de atenção e de retorno de informações ao serviço (contra-referência), ficando sob responsabilidade dos Centros de Saúde e de suas equipes o acompanhamento do paciente (Secretaria Municipal de Saúde, 2003).

A interlocução entre PSF e Equipes de Saúde Mental é de fundamental importância para que se caminhe em direção a uma atenção mais adequada e integral ao portador de sofrimento mental, principalmente quando estas atuam de forma coordenada com as equipes dos outros níveis de atenção obedecendo aos princípios da noção da linha de cuidado.

Neste sentido, observar se esta interlocução está sendo realmente cumprida e os resultados esperados, quais sejam a manutenção do paciente em tratamento e sua conseqüente melhora, estão sendo efetivamente alcançados, torna-se, não só um desafio para os serviços de saúde, mas também uma atividade necessária ao bom funcionamento destes.

Para se compreender melhor a relação entre o CERSAM e os centros de saúde com equipe de saúde mental, segue-se uma breve descrição do funcionamento destes serviços.

## **2.3 CERSAM BARREIRO**

O CERSAM Barreiro está localizado no Distrito Sanitário Barreiro que é o maior Distrito de Belo Horizonte em extensão, com uma área de 53,05 km<sup>2</sup>. Apresenta uma população de 266.194 habitantes, segundo dados do IBGE (2000).

Tem como área de abrangência de atendimento a população da Regional Barreiro. Funciona em um espaço residencial na rua Desembargador Ribeiro da Luz, 29, Barreiro de Baixo.

### **2.3.1 Objetivos**

Destina-se ao atendimento de urgências e de crise, priorizando os casos mais graves (psicóticos e neuróticos). Foi concebido para ser um serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico, evitando-se as internações e mantendo-se o vínculo do paciente com os grupos sociais nos quais ele se acha inserido -família, vizinhança, trabalho. Pretende propor estratégias de tratamento e acompanhamento intensivo das crises, cujas características não sejam compatíveis com o atendimento nos centros de saúde (Melo, 2000).

### **2.3.2 Clientela**

Constitui-se de adultos, portadores de sofrimento mental em quadro agudo de crise psiquiátrica, com residência preferencialmente na regional Barreiro, no município de Belo Horizonte (Melo, 2000).

### **2.3.3 Propostas de Atendimento**

O serviço funciona de segunda a sexta-feira com uma equipe multidisciplinar que faz revezamento de plantões de 6 horas, não funcionando no período da noite nem nos finais de semana. A equipe acolhe o usuário quando este chega ao serviço, sendo recebido pelo técnico de plantão (enfermeiro, psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional ou assistente social). Este profissional ficará responsável pela condução do caso e será referência para o paciente e seus familiares.

A equipe de plantão acolhe todos os casos novos que chegam ao serviço, referenciados ou não, além de dar suporte aos pacientes que estão em permanência-dia no serviço. Os casos novos podem vir referenciados por alguma instituição (hospital psiquiátrico, centros de saúde,

pronto atendimento clínico), por demanda espontânea, através de busca ativa, em visitas domiciliares, em geral situações de crises agudas de difícil adesão e que não aceitam outros tipos de abordagens, ou falta de suporte familiar (Melo, 2000).

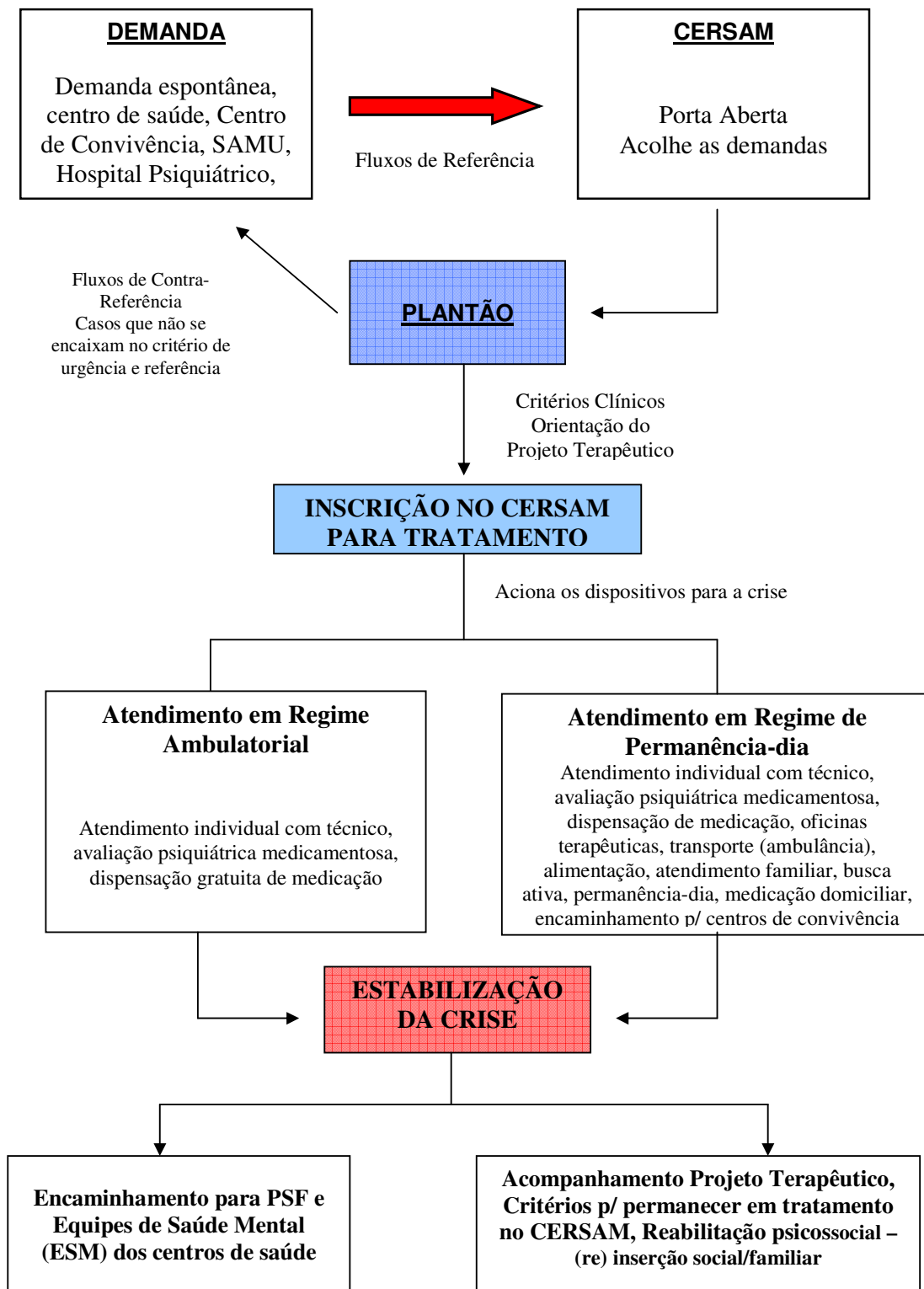
#### **2.3.4 Rotina de Funcionamento**

A rotina de funcionamento prevê o preenchimento de uma ficha de anotação de acolhimento para todos os atendimentos e, posteriormente, abertura de prontuário, caso o paciente seja inscrito para tratamento no serviço. O sistema de informação é composto por fichas de acolhimento de todos os casos novos, abertura de prontuários para os casos inscritos, livro de registro de usuários inscritos para permanência-dia, movimento diário de atendimentos ambulatoriais e de permanência-dia, instrumentos de registros de produção dos técnicos e dos atendimentos realizados pelo serviço, comunicação interna da rotina diária do plantão.

Os pacientes, quando inscritos para tratamento no serviço, podem ser atendidos apenas em regime ambulatorial (agendamento de consultas) ou em permanência-dia. Neste caso, podem permanecer em turnos (manhã e/ou tarde) dependendo da avaliação do técnico de referência, assim como cabe a este a decisão pela duração do tratamento no serviço e condutas individuais a serem tomadas. Casos que são avaliados no acolhimento e que não se adequam ao perfil de atendimento do CERSAM - quadros que não apresentam gravidade, de outras regionais que não as da área de abrangência e outros municípios - são encaminhados para outros serviços (FIG. 3) (Melo, 2000).

#### **2.3.5 Recursos Humanos**

O serviço conta com uma equipe multidisciplinar composta por psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, estagiários em terapia ocupacional, psicologia e equipe de serviços auxiliares.



Fonte: Adaptado de Melo (2000) e CERSAM Barreiro, 2005

FIGURA 3 – Critérios e fluxo dos Pacientes no CERSAM Barreiro – BH, MG

## **2.4 CENTROS DE SAÚDE COM EQUIPE DE SAÚDE MENTAL**

Os centros de saúde estão também inseridos na proposta de desinstitucionalização da assistência psiquiátrica. Constituem-se como ferramentas essenciais para a continuidade do tratamento de pacientes de saúde mental após a crise, ou seja, quando o paciente recebe alta do hospital psiquiátrico ou do CERSAM, e trabalham com fluxos de encaminhamento para os serviços de especialidades (referência).

### **2.4.1 Objetivos**

Os centros de saúde têm como objetivo dar seguimento ao tratamento dos pacientes, não mais em momentos agudos de crise psiquiátrica, e manter o vínculo destes com a família e a comunidade na qual vivem. Servem, ainda, de acordo com a proposta de descentralização do SUS, como porta de entrada para o sistema de saúde, identificando as necessidades dos pacientes e os encaminhando para os serviços que compõem a rede de assistência.

### **2.4.2 Clientela**

A clientela dos centros de saúde é mais diversificada, já que nestas unidades é feito o atendimento em várias especialidades. Podem ser referência para determinados tipos de doenças/enfermidades, como por exemplo, diabetes, hipertensão, saúde da mulher, entre outros. Nem todo centro de saúde possui equipe de saúde mental, porém, os que possuem, atendem também a esta clientela, com preferência para os egressos de hospitais psiquiátricos, psicóticos e neuróticos graves.

### **2.4.3 Proposta de Atendimento**

Os serviços de atenção básica à saúde funcionam de 2ª a 6ª feira, de 07:00 às 19:00 horas. O atendimento de urgência é realizado nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), que funcionam diariamente durante 24 horas, e pelos CERSAM, no caso da saúde mental. De acordo com a proposta de descentralização do SUS, atendem preferencialmente a uma determinada área geográfica, denominada área de abrangência.

No caso específico do CERSAM Barreiro, os pacientes atendidos são encaminhados para os centros de saúde com equipes de saúde mental que compõem a área de abrangência do serviço (FIG.4).

#### **2.4.4 Rotina de Funcionamento**

De acordo com a Portaria 224 do Ministério da Saúde (2001), de 29 de janeiro de 1992, a atenção aos pacientes de saúde mental nestas unidades deve incluir as seguintes atividades desenvolvidas por equipes multiprofissionais:

- a) atendimento individual (consulta, psicoterapia);
- b) atendimento grupal (grupo operativo, terapêutico, atividades socioterápicas, grupos de orientação, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde);
- c) visitas domiciliares por profissional de nível médio ou superior;
- d) atividades comunitárias, especialmente na área de referência do serviço de saúde

Nestas unidades também podem ocorrer dispensa de medicação e encaminhamentos para os outros níveis de atenção - secundário (CERSAM) ou terciário (hospital psiquiátrico).



FIGURA 4: Centros de Saúde da área de abrangência do CERSAM Barreiro

### **2.4.5 Recursos Humanos**

A equipe de saúde mental nos centros de saúde é composta, na maioria dos casos, por uma equipe mínima composta por psiquiatra, e dois técnicos de nível superior (TNS). Pode contar ainda com equipe integrada por outros profissionais (médico generalista, enfermeiro, auxiliares, agentes de saúde). As Equipes de Saúde da Família (ESF), dentro da proposta do “Programa BH Vida: Saúde Integral”, da prefeitura de Belo Horizonte, são profissionais chave para a consecução dos objetivos da política de saúde mental do município (Ministério da Saúde, 2001).

De acordo com Lima e Alessi (2002), após a implementação de uma proposta de atendimento em saúde mental, como é o caso dos CERSAM trabalhando de forma integrada com os centros de saúde, algumas ações são imprescindíveis, tais como:

- a) monitoramento constante das atividades;
- b) avaliação contínua das necessidades da clientela;
- c) adequação/formação dos profissionais envolvidos;
- d) funcionamento articulado dos diversos setores entre si;
- e) efeitos do serviço em termos de eficácia e repercussão nos diversos setores da sociedade.

Este monitoramento constante pode ser feito através da avaliação dos serviços de saúde.

## 2.5 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Alguns autores chamam a atenção para o fato de que a avaliação é uma atividade bastante antiga, que tomou força, principalmente, após a Segunda Guerra Mundial, quando o Estado começou a intervir nas políticas sociais, tais como educação, saúde, entre outros. A avaliação surgiu como uma necessidade de empregar com a maior eficácia possível os poucos recursos disponíveis (Contandriopoulos et al, 1992; Gil et al, 2001).

No conceito de avaliação estão implícitos outros conceitos, tais como planejamento, medição, comparação e padrão. Para Gil et al (2001), a avaliação está intrinsecamente relacionada ao conceito de planejamento:

“Planejar significa definir objetivos a serem atingidos e decidir quais destes objetivos têm prioridade. Significa escolher o melhor caminho para atingi-los e alocar os recursos necessários. (...) Planejar é elaborar um plano de ação com base em prioridades definidas, com recursos disponíveis ou a serem obtidos” (Gil et al, 2001, p. 125).

Avaliar, então, para estes autores, significa o acompanhamento contínuo das ações priorizadas com a finalidade de verificar se os objetivos propostos e os resultados esperados estão sendo ou não alcançados.

Para outros autores, a avaliação se relaciona com um juízo de valor que se faz acerca de alguma coisa ou intervenção (Malick et al, 1998; Contandriopoulos et al, 1992). Trata-se, essencialmente, de determinar se aquela intervenção, descrita e especificada para ser/ocorrer de uma determinada forma, está sendo realizada da maneira mais eficiente ou eficaz.

Através da avaliação, podem-se obter informações úteis sobre a adequação, efeitos e custos de determinada intervenção, programa ou serviço de saúde. A avaliação serve como um instrumento norteador das práticas de saúde, podendo subsidiar a tomada de decisões e o estabelecimento de políticas nesta área (Portela, 2000; Gil et al, 2001).

Um importante elemento na avaliação de serviços de saúde é a utilização de indicadores de saúde ou de qualidade. Estes indicadores servem como critérios para se estabelecer um julgamento acerca da adequação, dos benefícios, dos efeitos adversos, dos custos e da

conseqüente qualidade de determinada tecnologia ou programa de saúde, seja em termos de procedimentos específicos ou de uma rede de serviços. Os indicadores de saúde estão intimamente relacionados ao conceito de padrão que, de forma sucinta, define os níveis de aceitabilidade para os indicadores (Portela, 2000).

Entre os autores que estudam avaliação de qualidade de serviços de saúde, destaca-se Avedis Donabedian, citado por Campos (1988), que concebeu a tríade Estrutura-Processo-Resultado.

A estrutura compreende tudo o que se refere aos recursos do serviço: espaço físico, instrumentos, organização administrativa da atenção, recursos humanos (perfil, formação, experiência). Trata-se de saber em que medida os recursos estão sendo empregados adequadamente para obter os resultados esperados. Este tipo de avaliação é a que oferece menos informações sobre a qualidade da atenção, mas pode ser útil para complementar avaliações de processo e resultado (Campos, 1988; Contandriopoulos et al, 1998; Portela, 2000).

O processo compreende o conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e pacientes: quantidade e qualidade da ação desenvolvida ao paciente. Trata-se de saber em que medida os serviços são adequados para alcançar os resultados esperados, o que é feito mediante a comparação entre os serviços oferecidos e os critérios ou normas predeterminadas em função dos resultados desejados (Campos, 1988). De acordo com Contandriopoulos et al (1998), o processo pode ser medido em três dimensões: a dimensão técnica dos serviços (adequação dos serviços às necessidades dos usuários); a dimensão das relações interpessoais (interação psicológica e social entre paciente e profissional) e a dimensão organizacional (diz respeito à acessibilidade ao serviço, à extensão da cobertura do serviço, à globalidade e a continuidade dos cuidados e dos serviços).

O resultado diz respeito às variações no estado de saúde dos pacientes que possam ser atribuídas ao cuidado recebido, bem como à satisfação dos usuários do serviço (Campos, 1988).

No que se refere especificamente à avaliação de serviços de saúde mental, observa-se, na literatura, uma tendência dos autores em procurar conhecer prioritariamente a opinião dos usuários dos serviços como forma de acessar a qualidade da atenção dispensada. Dentro da

lógica Donabediana, optam por uma avaliação de resultado (Pitta et al, 1995; Filho et al, 1996; Simpson e House, 2002). Existem avaliações de serviços de saúde mental que estudam a relação entre estrutura e resultado (Druss, Rosenheck e Stolar, 1999), estrutura e processo (Lima e Alessi, 2001) e entre as três dimensões conjuntamente (Callaghan, Eales, Coats e Bowers, 2003).

Existem, ainda, avaliações que mesclam métodos qualitativos e quantitativos em sua análise. Estes estudos podem fornecer informações importantes do ponto de vista, por exemplo, da descrição de características de cunho epidemiológico de uma clientela ou serviço específicos e sua relação com o processo ou o resultado de determinada intervenção (Pondé et al, 1994; Ribeiro, 1994; Amaral, 1995; Saarento et al, 1998).

Todos estes tipos de avaliação podem fornecer indícios sobre a qualidade da atenção dispensada e são muito úteis aos serviços de saúde. No entanto, as avaliações de processo são as mais ricas do ponto de vista dos trabalhadores e demais envolvidos nos serviços de saúde, pois os resultados deste tipo de avaliação podem auxiliar os serviços a propor mudanças que aumentem a efetividade de suas ações.

Dentre os indicadores de processo destaca-se a continuidade da atenção/cuidado. No caso específico da saúde mental, este indicador adquire uma importância nuclear no tratamento dos portadores de sofrimento mental e é um meio pelo qual a qualidade da atenção pode ser evidenciada (Greenberg e Rosenheck, 2003).

## **2.6 CONTINUIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL**

Em tempos de desinstitucionalização, a continuidade do cuidado prestado ao doente mental deve ser o maior objetivo das políticas de saúde de determinado local ou serviço (Bindman, Jonhson et al, 2000; Ware, Dickey et al, 2003).

Indivíduos cronicados pelo adoecimento mental necessitam de boa continuidade no seu cuidado para alcançar os resultados desejados, quais sejam: a remissão dos sintomas e o restabelecimento de suas atividades. Muitos indivíduos com doença mental grave, como é o caso da esquizofrenia, da depressão maior e do transtorno afetivo bipolar, encontram muita

dificuldade em manter seu tratamento. Isto pode ocorrer em função da complexidade e fragmentação dos serviços públicos destinados a seu atendimento (Fortney, Sullivan et al, 2003).

A descontinuidade do tratamento, ou abandono, é um problema sério nos serviços de saúde mental comunitários, pois afeta negativamente os resultados do tratamento até então obtidos pelos pacientes; gera um gasto maior dos recursos dos serviços e está relacionada às altas taxas de suicídio entre os pacientes (Berghofer, Schmidl et al, 2002).

A continuidade é um aspecto importante envolvido no processo de oferta do cuidado e, apesar de sua importância para a efetividade dos programas de tratamento comunitários de pacientes de saúde mental, raramente é medida como forma de avaliar estes serviços. Isto se deve, de acordo com Sytema, Micciolo e Tansella, (1997), à dificuldade de operacionalização do conceito e da gama de definições existentes para o termo.

### **2.6.1 Conceito de continuidade**

O conceito de continuidade é difícil de se operacionalizar porque ele tem sido usado para se referir a quase todos os aspectos da oferta do serviço.

A definição mais utilizada na literatura é a de Bachrach, (1981), que define continuidade como o movimento ordenado e ininterrupto dos pacientes entre os diversos elementos do sistema de saúde. Autores como Greenberg e Rosenheck (2003) conceitualizam continuidade do cuidado como manutenção do contato, representado por 3 dimensões: regularidade do cuidado (indicado por uma regularidade no uso dos serviços ao longo do tempo e falta de falhas no cuidado); continuidade do tratamento entre limites organizacionais (transição entre internação e alta para serviços na comunidade ou entre diferentes tipos de serviços); e envolvimento com um limitado número de cuidadores.

Johnson e colaboradores (1997) descrevem 6 dimensões da continuidade para a qual medidas podem ser obtidas: 1) continuidade entre os provedores de serviço (existência de canais de comunicação entre os vários tipos de serviços e profissionais envolvidos no cuidado dos pacientes); 2) compreensão (as intervenções são planejadas ao encontro da necessidade individual dos pacientes); 3) acessibilidade (o paciente consegue acessar os recursos de que necessita); 4) continuidade do contato (o serviço permanece em contato com o paciente); 5)

coordenação com serviços de cuidado primário e 6) coordenação com cuidadores (formal ou informalmente) fora de serviços especializados para saúde mental.

O conceito de continuidade envolve dois aspectos importantes: o longitudinal (continuidade ao longo do tempo) e o transversal, (continuidade entre os diferentes tipos de serviços).

Autores como Johnson et al (1997) reconhecem que esforços para prover a continuidade podem ser feitos através do contato contínuo e consistente com um serviço em particular ou uma equipe, ou tentando garantir que os serviços sejam oferecidos pela mesma pessoa dentro de um dado serviço.

### **2.6.2 Fatores Envolvidos na Continuidade**

Muitos são os fatores apontados como determinantes da continuidade do cuidado e podem ser divididos em dois aspectos fundamentais (Greenberg e Rosenheck, 2003):

1) Aspectos relacionados ao sistema de saúde que podem ser sujeitos a influência gerencial ou controle que incluem: a alocação de recursos, o grau de centralização, o uso de sistemas de monitoramento de performance, a mistura de capital e pessoal permanente e fixo, tamanho das instalações, disponibilidade de fontes alternativas de cuidado de saúde na comunidade, comunicação com os outros níveis de atenção. Práticas profissionais dentro do sistema de saúde, como orientação clínica ou segurança no estado da arte das tecnologias, também poderiam afetar a continuidade do cuidado.

2) Aspectos relacionados ao paciente que também poderiam afetar a continuidade. Incluem, características sócio-demográficas e clínicas, capital social ou grau de envolvimento cívico e confiança no Estado existente na cultura regional.

Seguindo a definição de continuidade dada por Bachrach (1981), (movimento ordenado e ininterrupto dos pacientes entre os diversos elementos do sistema de saúde), pode-se fazer um paralelo entre ele e o conceito de linha de cuidado utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. A continuidade possui dois aspectos que a tornam muito parecida com o conceito de linha de cuidado: um deles é o aspecto longitudinal, que prevê a continuidade do tratamento ao longo do tempo e o outro é o aspecto transversal, que prevê a continuidade do tratamento entre os diferentes tipos de serviços.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 GERAL**

O estudo pretende analisar os fatores associados à continuidade do cuidado de pacientes psiquiátricos em centros de saúde da região do Barreiro em Belo Horizonte, quando encaminhados a estes pelo CERSAM Barreiro.

#### **3.2 ESPECÍFICOS**

- Caracterizar a amostra de pacientes atendidos pelo CERSAM Barreiro para os quais foram abertos prontuários no período de janeiro de 2003 a julho de 2004;
- Identificar os centros de saúde para os quais os pacientes atendidos pelo CERSAM Barreiro no período de janeiro de 2003 a julho de 2004 foram encaminhados;
- Identificar a presença de retorno dos pacientes ao CERSAM Barreiro após o encaminhamento para os centros de saúde;
- Verificar se os pacientes encaminhados para os centros de saúde da área de abrangência do CERSAM Barreiro continuam seu tratamento nestas unidades;
- Investigar os fatores que facilitam ou dificultam a continuidade do cuidado em centros de saúde da área de abrangência do CERSAM Barreiro.

### **4 METODOLOGIA**

#### **4.1 Desenho**

Este estudo se insere na categoria "avaliação de serviços de saúde", com componentes analíticos e descritivos, utilizando dados secundários, no qual se buscará analisar os fatores que facilitam ou dificultam a continuidade do cuidado psiquiátrico de pacientes encaminhados a centros de saúde pelo CERSAM Barreiro.

#### **4.2 Local**

O estudo será conduzido em duas fases: a primeira fase será realizada no CERSAM Barreiro e a segunda fase será realizada nos centros de saúde da área de abrangência do CERSAM Barreiro.

### **4.3 Período**

O período escolhido para o estudo foram os anos de 2003 e 2004. Esta escolha foi baseada no fato de que no ano de 2002 começaram a ser feitas as primeiras negociações de inserção do projeto de saúde mental no projeto BH VIDA: Saúde Integral. O período compreendido entre 01/01/2003 e 31/07/2004 poderá ser útil para se avaliar os primeiros anos de funcionamento desta proposta, no que se refere à continuidade do cuidado nos centros de saúde. Todos os pacientes terão um período mínimo de seguimento de 9 meses.

### **4.4 População**

A população do estudo será composta, na primeira fase, de todos os pacientes atendidos pelo CERSAM Barreiro para os quais foram abertos prontuários no período entre 01/01/2003 e 31/07/2004.

Na segunda fase do estudo, a população será composta pelos pacientes encaminhados a centros de saúde com equipes de saúde mental da área de abrangência do CERSAM Barreiro.

### **4.5 Critério de Caso**

#### **4.5.1 Continuidade do Cuidado**

Será considerado como continuidade do cuidado a manutenção do contato do paciente, após o encaminhamento, com o centro de saúde ao longo do tempo e entre os dois níveis de assistência: CERSAM e centros de saúde, utilizados pelo paciente até o período da coleta dos dados.

#### **4.5.2 Critérios de Exclusão**

Os pacientes encaminhados para outras cidades, para hospitais psiquiátricos e para centros de saúde que estejam fora da área de abrangência do CERSAM Barreiro serão excluídos do estudo na segunda fase.

### **4.6 Tamanho da Amostra**

A amostra será composta por todos os pacientes atendidos pelo CERSAM Barreiro que tiveram seus prontuários abertos entre 01/01/2003 e 31/07/2004. Serão analisados 214 prontuários na primeira fase.

Na segunda fase, a amostra será composta por pacientes encaminhados a centros de saúde da área de abrangência do CERSAM Barreiro (aproximadamente oito centros de saúde).

#### **4.7 Variáveis de Medida de Exposição**

Na primeira fase do estudo serão coletados, por meio de uma ficha de triagem (ANEXO G), utilizando os prontuários do CERSAM Barreiro, dados referentes às características:

- 1) Sócio-demográficas: idade, sexo, endereço;
- 2) Clínicas: diagnóstico, técnico de referência, origem do paciente (encaminhamento ou demanda espontânea), duração do tratamento no CERSAM, atendimentos realizados antes da abertura do prontuário, local de encaminhamento, retorno ao serviço após encaminhamento, motivo de retorno.

Na segunda fase do estudo serão coletadas, por meio de uma “ficha de continuidade” (ANEXO H), utilizando os prontuários dos centros de saúde da área de abrangência do CERSAM Barreiro, informações referentes à continuidade do tratamento dos pacientes, encaminhados pelo CERSAM Barreiro, nestas unidades:

- 1) Tempo de tratamento, em dias, no centro de saúde após o encaminhamento, até a data de coleta dos dados;
- 2) Tempo decorrido, em dias, entre o encaminhamento e a primeira consulta no centro de saúde;
- 3) Situação atual do paciente, tal como alta; internação psiquiátrica; retorno ao CERSAM;

#### **4.8 Obtenção dos Dados**

##### **4.8.1 Coleta de dados**

Os dados de identificação; sócio-demográficos; clínicos; dados sobre o encaminhamento a centros de saúde da área de abrangência do CERSAM Barreiro e de retorno ao serviço serão coletados dos prontuários do CERSAM Barreiro através da ficha de triagem. Após esta fase, o trabalho será efetuado nos centros de saúde, onde os pacientes serão identificados via prontuário e serão coletados dados referentes à continuidade do cuidado, através da ficha de continuidade. Estes dois formulários (ficha de triagem e ficha de continuidade), serão pré-testados para a coleta dos dados, nos próprios serviços e pela pesquisadora do estudo.

#### **4.9 Estudo Piloto**

Serão realizados dois estudos-piloto: um no CERSAM Barreiro e outro em um centro de saúde com equipe de saúde mental da área de abrangência do CERSAM Barreiro, com o

objetivo de adequar os instrumentos de coleta dos dados. A finalidade destes estudos-piloto é verificar se estes instrumentos e a metodologia proposta são capazes de captar as informações necessárias aos objetivos do trabalho.

#### **4.10 Análise dos Dados**

Os dados quantitativos obtidos através do preenchimento da ficha de triagem e da ficha de continuidade serão organizados pelo programa Epiinfo versão 6.04 e analisados pelo programa SPSS, versão 11.5.

#### **4.11 Aspectos Éticos e Confidencialidade**

Os aspectos éticos e a confidencialidade do estudo serão resguardados. Os sujeitos serão identificados apenas com o número de ordem, número do prontuário e demais dados sem associação com o indivíduo. O projeto será discutido com a equipe dos serviços e submetido aos comitês de ética da UFMG e da Prefeitura de Belo Horizonte, MG.

#### **4.12 Vantagens e Limitações do Estudo**

Dada a significativa importância da continuidade do cuidado para os portadores de sofrimento mental e das graves conseqüências envolvidas na interrupção precoce do tratamento, a maior vantagem da realização deste estudo está na possibilidade de reconhecimento dos fatores que estão relacionados à continuidade do cuidado em centros de saúde, facilitando-a ou dificultando-a. Estas informações poderão ser de grande utilidade para que os serviços, os profissionais e a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, MG, possam ter um panorama da situação atual da saúde mental na regional Barreiro e das dificuldades apontadas pelos diversos atores envolvidos no processo no que se refere à continuidade do cuidado. Estas informações poderão, também, auxiliar os serviços na tomada de decisões para que suas ações possam ser mais efetivas neste sentido.

Como este será um estudo exploratório, sua maior limitação reside no fato de que os resultados por ele encontrados não serão generalizáveis para outras realidades. Estes resultados só se aplicarão à realidade dos centros de saúde da área de abrangência do CERSAM Barreiro.



## 6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Acúrcio, FA. A qualidade da atenção à saúde. In: Acesso a serviços e resultados na saúde de indivíduos infectados pelo HIV, em Belo Horizonte/MG, 1989-1994: Uma abordagem quantitativa e qualitativa. Tese de doutorado-UFMG. 1998.
- 2 Amaral, MA. Análise da implementação da política de saúde mental para a rede básica em Campinas – 1992/1993. 1995. Dissertação. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Federal de Campinas.
- 3 Amarante, P. A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1995.
- 4 Bachrach L: Continuity of care for chronic mental patients: a conceptual analysis. *American Journal of Psychiatry* 138:1449-1456, 1981.
- 5 Bandeira, M. Reinserção de doentes mentais na comunidade: fatores determinantes das re-hospitalizações. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 42 (9): 491-498, 1993.
- 6 Bandeira, M; Gelinas, D; Lesage, A. Desinstitucionalização: o programa de acompanhamento intensivo na comunidade. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 47 (12): 627-640, 1998.
- 7 Berghofer, G; Schmidl, F; Rudas, S; Steiner, E; Schmitz, M. Predictors of treatment discontinuity in outpatient mental health care. *Social Psychiatry Epidemiology* 37:276-282, 2002.
- 8 Bindman, J; Johnson, S et al. Continuity of care and clinical outcome: a prospective cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 35:242-247, 2000.
- 9 Brasil. Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental 1990-2001. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- 10 Callaghan P, Eales S, Coats T, Bowers L. A review of research on structure, process and outcome of liaison mental health services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10:155-165, 2003.
- 11 Campos, FE. Resolutividade: uma aproximação à avaliação qualitativa nos serviços de saúde. 1988. Tese. Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ.
- 12 Contrandriopoulos, AP et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz, ZMA (org) Avaliação em saúde: Dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Cap 2, p.29-47, 1992.
- 13 Cunha JP, Cunha RE. Sistema Único de Saúde – Princípios. In Campos, FE. et al. Planejamento e gestão em saúde. *Cadernos de Saúde; COOPMED – BH*, 13-25, 1998.
- 14 Druss, BG; Rosenheck, RA; Stolar, M. Patient satisfaction and administrative measures as indicators of the quality of mental health care. *Psychiatric Services* 50:1053-1058, 1999.

- 15 Farrel SP, Blank M, Koch JR, et al: Predicting whether patients receive continuity of care after discharge from state hospitals; policy implications. *Archives of Psychiatric Nursing* 6:279-285, 1999.
- 16 Filho, JFS; Cavalcanti, MT; Cadilhe, GR et al. Avaliação de qualidade de serviços de saúde mental no Município de Niterói – RJ - A satisfação dos usuários como critério avaliador. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 45 (7): 393-402, 1996.
- 17 Fortney, J; Sullivan, G et al. Measuring continuity of care for clients of public mental health systems. *Health Services Research* 38: 1157-1175, 2003.
- 18 Gil, CRR et al. Avaliação em saúde. In: Andrade et al (org) *Bases da Saúde Coletiva*. Londrina: Ed UEL, 2001. Cap 6, p.125-131.
- 19 Greenberg, GA; Rosenheck, RA. Managerial and environmental factors in the continuity of mental health care across institutions. *Psychiatric Services* 54:529-534, 2003.
- 20 Glaser, C; Strauss, A. *The discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*. Nova Iorque, Aldine, 1967.
- 21 Hulten A, Wasserman D: Lack of continuity – a problem in the care of young suicides. *Acta Psychiatric Scandinavia* 97:326-333, 1998.
- 22 Johnson, S; Prossor D, Bindman J: Continuity of care for the severely mentally ill: concepts and measures. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 32:137-142, 1997.
- 23 Lima, IMN; Alessi, NP. O serviço de assistência ambulatorial em saúde mental de uma unidade de saúde do município de Ribeirão Preto, SP. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 51(5): 269-280, 2002.
- 24 Lobosque, AM. *Clínica em Movimento – Por uma sociedade sem manicômios*. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.
- 25 \_\_\_\_\_ *Princípios para uma Clínica Antimanicomial e outros escritos*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- 26 Lobosque, AM; Abou-Id, M. A cidade e a loucura – Entrelaces. In: Reis, AT (org) *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte- reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998.
- 27 Malick AM et al. Avaliação. In: *Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde*. São Paulo: FSP-USP, 1998.
- 28 Melo, APS. Fatores determinantes do abandono do tratamento psiquiátrico em um centro de referência em saúde mental (Cersam – Pampulha), em BH (MG), 1997-1998. 2000. Dissertação. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.
- 29 Nick, E, Oliveira, SB. Tendências políticas de saúde mental no Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 47(11): 583-589, 1998.
- 30 Oliveira, JÁ Teixeira, SMF. *Previdência Social – 60 anos de história da Previdência Social no Brasil*. Petrópolis, Vozes, 1986.

- 31 Pitta, AMF; Filho, JFS; Souza, GW; 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. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 44 (9): 441-452, 1995.
- 32 Pondé, MP. Avaliação de dois serviços de saúde da rede básica de atendimento da Prefeitura Municipal de Campinas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 43 (8): 429-432, 1994.
- 33 Portela, MC. Avaliação da qualidade em saúde. In: Rosenfeld, S (org) *Fundamentos da vigilância sanitária*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.
- 34 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. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 43 (3): 163-169, 1994.
- 35 Saarento, O; Öiesvold, T; Sytema, S et al. The nordic comparative study on sectorized psychiatry: continuity of care related to characteristics of the psychiatric services and the patients. *Social Psychiatry Epidemiology* 33:521-527, 1998.
- 36 Secretaria Municipal de Saúde. *Propostas da Secretaria Municipal de Saúde. VIII Conferência Municipal de Saúde: etapa municipal da XII conferência nacional*, BH, 2003.
- 37 Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de Impacto da Implantação do Programa de Saúde da Família no Município de Belo Horizonte*. BH, 2003.
- 38 Simpson, EL; House, AO. Involving users in the delivery and evaluation of mental health services: a sistematic review. *BMJ* 325:1265-1270, 2002.
- 39 Sytema, S; Micciolo, R; Tansella, M. Continuity of care for patients with schizophrenia and related disorders: a comparative South – Verona and Groningen case- register study. *Psychological Medicine* 27:1355-1362, 1997.
- 40 Ware, NC; Dickey, B; Tugenberg, T; McHorney, C. CONNECT: A measure of continuity of care in mental health services. *Mental Health Services Research* 5 (4):209-221, 2003.



**FICHA DE TRIAGEM – CERSAM**

Número do Prontuário: \_\_\_\_\_

1- Nome Completo: \_\_\_\_\_

**2- Endereço Completo:**

Rua: \_\_\_\_\_

Nº: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Telefones de Contato: \_\_\_\_\_

3- Sexo: ( 1 ) Masculino ( 2 ) Feminino ( 9 ) NI [\_\_]

4- Idade (anos completos): \_\_\_\_/\_\_\_\_ 5- Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**6- Origem do Paciente:**

( 9 ) NI ( 3 ) Centro de saúde (especificar) \_\_\_\_\_ [\_\_]  
 ( 1 ) Demanda Espontânea ( 4 ) PMMG  
 ( 2 ) Hospital Psiquiátrico ( 5 ) Outros: \_\_\_\_\_

**7- Internações Psiquiátricas Anteriores:**

( 9 ) NI ( 2 ) 1 (uma) ( 4 ) 3 ou mais [\_\_]  
 ( 1 ) Nenhuma ( 3 ) 2 (duas)

**8- Diagnóstico Principal (CID 10):**

( 9 ) NI ( 3 ) F20 – F29 ( 6 ) F40 – F49  
 ( 1 ) F00 – F09 ( 4 ) F30 – F31 ( 7 ) F70 – F79 [\_\_]  
 ( 2 ) F10 – F19 ( 5 ) F32 – F39 ( 8 ) Outros \_\_\_\_\_

9- Técnico de Referência: \_\_\_\_\_

**10- Acolhimento (nº de atendimentos realizados antes da abertura do prontuário):**

( 0 ) NA ( 2 ) 2 ( 4 ) 4 ou mais [\_\_]  
 ( 1 ) 1 ( 3 ) 3

Número do Prontuário: \_\_\_\_\_

11- Data da Primeira Consulta no CERSAM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

12- Data de Abertura do Prontuário no CERSAM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

13- Internações Psiquiátricas Durante o Tratamento no CERSAM:

( 1 ) Nenhuma ( 3 ) 2 (duas) [ ]  
 ( 2 ) 1 (uma) ( 4 ) 3 ou mais [ ]

**DADOS SOBRE O ENCAMINHAMENTO**

14- Paciente foi encaminhado para Centro de Convivência (CC)?

( 1 ) Sim ( 2 ) Não [ ]

15- Paciente foi encaminhado para Centro de Saúde (CS)?

( 1 ) Sim ( 2 ) Não ( 9 ) NI [ ]

16- Após o 1<sup>o</sup> encaminhamento o paciente retornou ao CERSAM para nova consulta?

( 0 ) NA ( 1 ) Sim ( 2 ) Não [ ]

17- **Encaminhamento 1:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

18- Motivo: ( 9 ) NI ( 2 ) Não adesão ao tratamento [ ]  
 ( 1 ) Mudança de Endereço ( 3 ) Alta do Serviço  
 ( 4 ) Outros: \_\_\_\_\_

19- Local: \_\_\_\_\_

20- **Retorno 1:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

21- Motivo:

( 9 ) NI ( 3 ) Ausência do profissional de referência no CS [ ]  
 ( 1 ) Abandono do tratamento ( 4 ) Resistência ao tratamento no CS  
 ( 2 ) Falta de medicação no CS ( 5 ) Outros: \_\_\_\_\_

Número do Prontuário: \_\_\_\_\_

22- **Encaminhamento 2:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

23- **Motivo:** ( 9 ) NI ( 2 ) Não adesão ao tratamento [\_\_\_\_]  
 ( 1 ) Mudança de Endereço ( 3 ) Alta do Serviço  
 ( 4 ) Outros: \_\_\_\_\_

24- **Local:** \_\_\_\_\_25- **Retorno 2:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_26- **Motivo:**

( 9 ) NI ( 3 ) Ausência do profissional de referência no CS [\_\_\_\_]  
 ( 1 ) Abandono do tratamento ( 4 ) Resistência ao tratamento no CS  
 ( 2 ) Falta de medicação no CS ( 5 ) Outros: \_\_\_\_\_

27- **Encaminhamento 3:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

28- **Motivo:** ( 9 ) NI ( 2 ) Não adesão ao tratamento [\_\_\_\_]  
 ( 1 ) Mudança de Endereço ( 3 ) Alta do Serviço  
 ( 4 ) Outros: \_\_\_\_\_

29- **Local:** \_\_\_\_\_30- **Retorno 3:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_31- **Motivo:**

( 9 ) NI ( 3 ) Ausência do profissional de referência no CS [\_\_\_\_]  
 ( 1 ) Abandono do tratamento ( 4 ) Resistência ao tratamento no CS  
 ( 2 ) Falta de medicação no CS ( 5 ) Outros: \_\_\_\_\_

32- **Data da Última Consulta no CERSAM:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_33- **Data da Coleta dos Dados:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_34- **Preenchido por:** \_\_\_\_\_35- **Observações:**


---



---



---



---



**FICHA DE CONTINUIDADE – CENTRO DE SAÚDE****Número do Prontuário no CERSAM:** \_\_\_\_\_**Número de prontuário no Centro de Saúde:** \_\_\_\_\_**1- Nome Completo:** \_\_\_\_\_**2- Compareceu à primeira consulta no CS?**

( 1 ) SIM

( 2 ) NÃO

( 9 ) NI

**3- Data do encaminhamento do CERSAM:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_**4- Data da primeira consulta no CS:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_**5- Data da última consulta no CS:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_**6- Situação atual do paciente:**

( 1 ) Em tratamento no CS

( 5 ) Alta do C.S.

( 2 ) Em acompanhamento de PSF

( 6 ) Mudou de endereço

( 3 ) Internação psiquiátrica

( 7 ) Outros \_\_\_\_\_

( 4 ) Retorno a CERSAM

( 9 ) NI

**7- Intervalo dos atendimentos:**

( 1 ) Semanal

( 4 ) Trimestral

( 2 ) Quinzenal

( 5 ) Outros \_\_\_\_\_

( 3 ) Mensal.

( 9 ) NI

**8- Observações:**

---

---

---

---

---

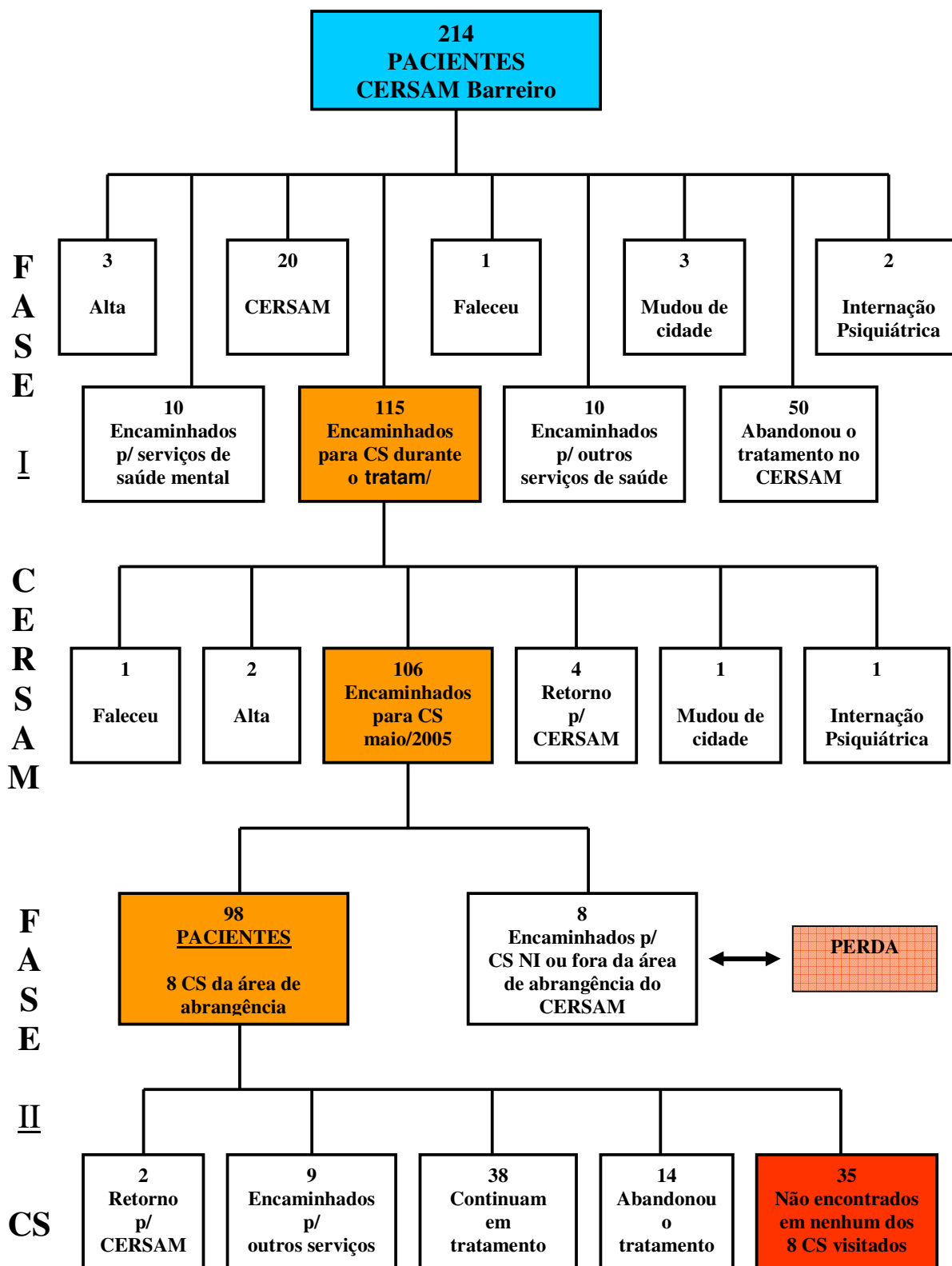
---

---

---

**APÊNDICE D – Fluxograma da Pesquisa**

**FLUXOGRAMA DAS FASES DA PESQUISA**









Departamento de Medicina Preventiva  
Faculdade de Medicina

**Universidade Federal de Minas Gerais**

Belo Horizonte, 30 de março de 2005

DMPS/FM/MEMO 36/05

Senhora Professora

Informo-lhe que a Câmara Departamental, reunida no dia 29 de março de 2005, aprovou o Projeto "**Fatores associados à continuidade do tratamento psiquiátrico em Centros de Saúde de Belo Horizonte**", sob a orientação de V. Sa.

Atenciosamente,

Profª. Elza Machado de Melo

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Exma. Srª.

Profª. Mariângela Leal Cherchiglia

DMPS/FM

**ANEXO B - Carta aprovação comitê de ética COEP  
Universidade Federal de Minas Gerais**

Universidade Federal de Minas Gerais  
Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP

**Parecer nº. ETIC 047/05**

**Interessada: Profa. Dra. Mariângela L. Cherchiglia  
Depto. de Medicina Preventiva e Social - FMUFMG**

**DECISÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP, aprovou no dia 25 de maio de 2005, depois de atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado « **Fatores associados à continuidade do tratamento psiquiátrico em centros de saúde de Belo Horizonte, MG** » bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do referido projeto.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

  
**Profa. Dra. Maria Elena de Lima Perez Garcia**  
**Presidente do COEP/UFMG**

**ANEXO B - Carta aprovação comitê de ética Secretaria Municipal  
de Saúde de Belo Horizonte, MG – SMSA**



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE  
BELO HORIZONTE (CEP-SMSA/PBH)**

Avaliação de projeto de pesquisa – Protocolo 013/2005


Projeto: “Fatores Associados à Continuidade do Tratamento Psiquiátrico em Centros de Saúde de Belo Horizonte, MG”.

Nome do pesquisador: Graziella Lage Oliveira  
Mariângela Leal Cherchiglia

O projeto de pesquisa “Fatores Associados à Continuidade do Tratamento Psiquiátrico em Centros de Saúde de Belo Horizonte, MG”, das pesquisadoras Graziella Lage Oliveira e Mariângela Leal Cherchiglia, cumpriu os requisitos da Resolução 196/96 e as normas do CEP- SMSA-BH, sendo aprovado por este Comitê de Ética.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP um ano após início do projeto ou ao final desde, se em prazo inferior a um ano.

Belo Horizonte, 09 de maio de 2005.

  
Celeste de Souza Rodrigues  
Coordenadora do CEP-SMSA/PBH

**ANEXO B – Carta aprovação Coordenação de Saúde Mental da  
Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, MG – COSAM**

Belo Horizonte, 23 de fevereiro de 2005

Ao  
Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais


**Assunto:** Projeto de Pesquisa “Fatores Associados à Continuidade do Tratamento Psiquiátrico em Centros de Saúde de Belo Horizonte, MG”, proposto pela mestranda da Faculdade de Medicina da UFMG, Graziella Lage Oliveira.

A Coordenação de Saúde Mental avaliou o referido projeto e propôs alterações no mesmo que foram parcialmente atendidas pela mestranda.

De qualquer maneira, consideramos que o projeto pode trazer contribuições importantes para a Política de Saúde Mental de Belo Horizonte, desde que bem articulado com os diversos serviços de saúde mental da cidade.

Neste sentido e, após a sua aprovação pelo CEP (Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA/SUS-BH), estará autorizada a sua entrada em campo e início da coleta de dados no CERSAM, Centro de Convivência e Centros de Saúde da Regional do Barreiro.

Atenciosamente,

  
Miriam Abou-Yd  
Coordenação de Saúde Mental  
SMSA/SUS-BH





Universidade Federal de Minas Gerais  
 Departamento de Medicina Preventiva e Social  
 Faculdade de Medicina  
 Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública



## CERTIFICADO

Certificamos que **Graziella Lage de Oliveira** participou dos Seminários de Políticas de Saúde e Planejamento promovido pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, apresentando seu projeto de mestrado intitulado "**Fatores associados à continuidade de tratamento psiquiátrico em centros de saúde em Belo Horizonte - M.G.**", perante banca examinadora.

Belo Horizonte, 05 de novembro de 2004

*Soraya Almeida Belisário*  
 Soraya Almeida Belisário

Coordenadora dos Seminários de Políticas de Saúde e Planejamento