

PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS E ENCAMINHADOS A CENTROS DE SAÚDE POR UM CENTRO DE REFERÊNCIA À SAÚDE MENTAL EM BELO HORIZONTE-MG

PROFILE OF PATIENTS TREATED AT A MENTAL HEALTH REFERENCE CENTER AND REFERRED TO HEALTH CENTERS, BELO HORIZONTE, STATE OF MINAS GERAIS, BRAZIL

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UN CENTRO DE REFERENCIA EN SALUD MENTAL Y REMITIDA A CENTROS DE SALUD, BELO HORIZONTE-MG

Graziella Lage Oliveira¹
Waleska Teixeira Caiaffa²
Mariangela Leal Cherchiglia³

RESUMO

Com o objetivo de caracterizar a população atendida por um Centro de Referência à Saúde Mental (CERSAM) e correlacionar tais características com o encaminhamento para centros de saúde, foram revistos 214 prontuários médicos abertos entre jan./2003 e jul./2004. Variáveis sociodemográficas e clínicas foram comparadas. 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; e o tempo médio de permanência no serviço foi de 7,7 meses. Quase 1/4 dos pacientes (23,4%) abandonou o tratamento, mas 54% foram encaminhados para centros de saúde. Pacientes que permaneceram por mais de um ano no CERSAM tiveram mais chances de ser encaminhados para centros de saúde ($p=0,02$). Neste estudo, o CERSAM recebeu pacientes portadores de diagnósticos considerados prioritários para esse tipo de serviço e procurou encaminhar os pacientes a centros de saúde de sua área de abrangência para a continuidade do tratamento nessas unidades.

Palavras-chave: Assistência em Saúde Mental; Centros Comunitários de Saúde Mental; Centros de Saúde; Continuidade de Assistência ao Paciente

ABSTRACT

To characterize the patients treated at an outpatient 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 compared. Women were the majority of patients (67%); the patient's average age was 37.7 years old, 28% had no previous history of psychiatric illness, 38% had the diagnosis of schizophrenia and, on average, their duration of medical care in CERSAM lasted 7.7 months. Almost a fourth of all patients (23.4%) dropped out of 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 ($p=0,02$). In this study, the mental health referral center assisted the diagnostic categories considered priority for this type of service, referring the patients to health centers located in their own residential area for continuity of treatment in these units.

Key words: Mental Health; Mental Health Community Services; Health Centers; Continuity

RESUMEN

Con el objetivo de caracterizar la población atendida por un centro de referencia en salud mental (CERSAM) y de correlacionar tales características con su remisión a centros de salud, se analizaron 214 expedientes abiertos entre enero de 2003 y julio de 2004. Fueron comparadas variables sociodemográficas y clínicas. Fue constatado predominio de mujeres (67%), edad promedio de 37,7 años; 28% de los casos no relataron internaciones psiquiátricas anteriores; 38% de los pacientes presentó diagnóstico de esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y delirantes y tiempo promedio de permanencia en el centro de 7,7 meses. Casi 1/4 de los pacientes (23,4%) abandonó el tratamiento y el 54% fue remitido a centros de salud. Los pacientes que permanecieron más de 1 año en el CERSAM tuvieron más posibilidades de ser remitidos a los centros de salud ($p=0,02$). En este estudio, el CERSAM recibió pacientes con diagnóstico considerado como prioritario para este tipo de atención y buscó remitir los pacientes a centros de salud de su área de alcance para continuidad del tratamiento en dichas unidades.

Palabras clave: Salud Mental; Servicios Comunitarios de Salud Mental; Centros de Salud, Continuidad

¹ Bolsista CAPES. Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Parte integrante da dissertação de mestrado no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública – Políticas de Saúde e Planejamento. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Endereço para correspondência: Av. Professor Alfredo Balena, 190, 8º andar, sala 813/625, CEP 30130-100 – Belo Horizonte, MG. Tel.: (31) 3248-9949. E-mail: graziellage@yahoo.com.br.

² Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG Grupo de Pesquisa em Epidemiologia (GPE/UFMG/CNPq) e Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte (OSUBH/UFMG).

³ Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Grupo de Pesquisa em Economia da Saúde – GPES/UFMG.

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 mediante a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico.¹⁻⁶

Os primeiros serviços substitutivos, denominados Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs) e Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPSs), foram criados no Brasil no final da década de 1980, 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 (DOU, 19 fev. 2002) 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.^{4,7,8}

Os CAPSs 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 2004.⁹ Em 2006, havia 1.011 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.¹⁰

No município de Belo Horizonte-MG, a rede pública de atendimento em saúde mental conta com uma estrutura de atendimento da qual fazem parte sete CAPSs, 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 (CERSAMIs); 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).¹¹

Os CERSAMs 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.^{7,12,13} 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 sociodemográficas e

clínicas ao encaminhamento para centros de saúde. Os resultados podem fornecer subsídios para a avaliação desses serviços e para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde mental que favoreçam 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 nove Distritos Sanitários, onde estão distribuídos sete CERSAMs. 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 1º/7/2003 e 31/7/2004 (n=214), por ter sido esse o ano seguinte à introdução do Projeto de Saúde Mental no Projeto “BH Vida”, que é a política que norteia 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 a obtenção de variáveis sociodemográficas 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 dois meses. Para verificar a confiabilidade da coleta dos dados, uma amostra dos prontuários analisados pela estagiária foi revista 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-Info¹⁴ versão 6.04 e analisados pelo programa SPSS, versão 11.5.¹⁵

Foi realizada análise descritiva mediante a distribuição de frequências e análise comparativa por meio do qui-quadrado, utilizando o valor $p < 0,05$ para verificação da significância estatística. Estabeleceu-se como variável dependente o encaminhamento para centros de saúde. Pacientes encaminhados para centros de saúde foram comparados àqueles que não foram, para 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 n° 047/2005 e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA), sob o Parecer n° 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, espontaneamente (36%), e por referência de centros de saúde (23%), de hospitais psiquiátricos (13,6%) e de 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 na Tabela 1, pelo psiquiatra e 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 quatro ou mais atendimentos (14%), 1 (12,6%) e 2 (12%) atendimentos (Tabela 1).

TABELA 1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DA POPULAÇÃO ESTUDADA (N=214) NO CERSAM, DE JANEIRO DE 2003 A JULHO DE 2004 – BELO HORIZONTE-MG

Variável	n = 214	%
Idade		
19-30	73	34,0
31-40	64	30,0
41-50	46	21,5
> 51	29	13,6
Ignorado	2	0,9
Sexo		
Feminino	144	67,3
Masculino	70	32,7
Diagnóstico (CID 10)		
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
Origem da referência		
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
Internações psiquiátricas anteriores		
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
Internações psiquiátricas durante o tratamento		
Nenhuma/Não informado	196	91,6
Uma Internação	17	7,9
Duas Internações	1	0,5
Técnico de referência		
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
NO de consultas realizadas antes da abertura do prontuário		
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, 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% retornaram 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/2005) 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% mudou de cidade; 1,4% foi internado em hospital psiquiátrico e 0,9% havia falecido.

TABELA 2 DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DAS VARIÁVEIS RELACIONADAS AO ENCAMINHAMENTO DA POPULAÇÃO ESTUDADA (N=214) NO CERSAM DE JANEIRO DE 2003 A JULHO DE 2004 – BELO HORIZONTE-MG

Varivel	n = 214	%
Encaminhamento para centro de saúde (CS) durante o tratamento no CERSAM		
Sim	115	54,0
Não	99	46,0
Encaminhamento para centro de convivência (CC)		
Sim	23	11,0
Não	191	89,0
Motivo do primeiro encaminhamento		
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 ^a
Nº de encaminhamentos realizados		
Nenhum	75	35,0
Um encaminhamento	103	48,0
Dois encaminhamentos	26	12,0
Três ou mais encaminhamentos	10	5,0
Retorno ao CERSAM após o primeiro encaminhamento		
Sim	47	33,8
Não	92	66,2
Não se aplica	75	NA
Motivo do primeiro retorno após o primeiro encaminhamento		
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
Situação do paciente em maio de 2005		
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

a 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 (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 ($p > 0,05$). Com relação ao retorno após o encaminhamento, porém, pacientes que permaneceram no CERSAM por mais de 6 meses apresentaram uma chance sete vezes maior de retornar ao serviço para nova consulta após o primeiro encaminhamento em comparação aos pacientes que permaneceram no CERSAM por menos de seis 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 sociodemográficas e clínicas, a chance de ser encaminhado para centros de saúde foi estatisticamente maior entre os pacientes que tiveram três 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 SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DA POPULAÇÃO ESTUDADA NO CERSAM EM JANEIRO DE 2003 A JULHO DE 2004 – BELO HORIZONTE (MG) –, DE ACORDO COM O ENCAMINHAMENTO PARA CENTROS DE SAÚDE

Variável	Total		OR (95%IC)	Valor P ^c
	N ^a	CS (%) ^b		
Idade				
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)	
Sexo				
Feminino	144	77 (53,5)	1,0	0,91
Masculino	70	38 (54,3)	1,03 (0,56-1,91)	
Diagnóstico (CID)				
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	
Origem da referência				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)	
Internações psiquiátricas anteriores				
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)	
Técnico de referência				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)	
Número de acolhimentos realizados antes da abertura de prontuário				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)	2,69 (1,15-6,39)	
Duração do tratamento				0,022
Até um mês	46	16 (34,8)	1,0	
De um a seis meses	63	37 (58,7)	2,67 (1,13-6,35)	
De seis meses a um ano	52	28 (53,8)	2,19 (0,90-5,38)	
Mais de um ano	53	34 (64,2)	3,36 (1,36-8,38)	

a - Total variou de acordo com a exclusão das informações ignoradas

b - Encaminhamento para centro de saúde

c - Obtido por meio do X² de Pearson

DISCUSSÃO

Os Centros de Referência a Saúde Mental (CERSAMs) são dispositivos-chave na 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^{1,8,16,17,18,19,20} houve predomínio do sexo feminino (67%) e de indivíduos jovens.^{1,3,13,21}

Foi observada uma frequência elevada de pacientes com diagnóstico de transtorno psicótico (38%), de humor (21,5%), com dois ou mais diagnósticos (21%) e transtornos neuróticos (9,0%). Esses 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.²² 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 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 ser internados em hospitais psiquiátricos na presença de algum tipo de transtorno psicótico, em comparação com as mulheres,²³ associado ao relato de que mulheres procuram mais atendimento que os homens.²⁴

Quanto à chegada dos pacientes ao CERSAM, observou-se que a maioria chega por demanda espontânea e por referência de outros serviços de saúde. Embora esses resultados sejam semelhantes aos encontrados no CAPS Casa Aberta, Rio Grande do Sul,²⁵ eles diferem dos encontrados por Melo²² 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^{8,20,22} e se assemelha à encontrada no CAPS Luiz Cerqueira²¹ em São Paulo, que se caracteriza por ser um serviço de acolhida e acompanhamento do tratamento que não trabalha com atendimento de urgências. Esse dado 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. Esse tempo de permanência pode indicar 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. Esses dados podem ser comparados com os encontrados no CERSAM Pampulha há sete anos

atrás,²² quando 43% dos pacientes foram encaminhados para centros de saúde, dos quais 45% retornaram para nova consulta. Vê-se aumento no encaminhamento dos pacientes para serviços da rede básica e 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.

Entre os motivos de retorno após o primeiro encaminhamento, os mais freqüentes 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,¹ e alguns estudos mostram que o tempo entre o encaminhamento e o agendamento da consulta no centro de saúde pode variar de 1 a 48 dias,²⁶ podendo chegar a até três meses.²² Esses dois motivos poderiam estar correlacionados ao retorno do paciente ao CERSAM, que acaba ficando com acúmulo de pacientes, já que a demanda nesse serviço é constante, além de existir dificuldade no encaminhamento dos casos. Por outro lado, essa 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 neste estudo foi o número de abandonos durante o tratamento no CERSAM. Apesar de esse número ser menor que o de 2000, em Betim-MG, que foi de 51%,²⁷ pode-se deduzir 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 essa queda de 51% para 23% no número de abandonos 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 três ou mais acolhimentos antes da abertura do prontuário e pacientes que permaneceram no CERSAM de um a seis meses e por mais de um ano tiveram mais chances de ser encaminhados a centros de saúde. Esses dados ratificam o papel do CERSAM no tratamento dos pacientes graves, visto que pacientes que tiveram mais de três acolhimentos não constituem a clientela prioritária para o serviço e que pacientes que permaneceram no serviço por mais de seis 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 neste estudo pode fornecer indícios importantes para a gestão da atenção ao portador de transtorno mental, pois, segundo Bourdieu,²⁸ a interrogação sistemática de um caso particular possibilita tirar dele as propriedades gerais ou invariantes, ocultas debaixo das aparências de singularidade.

Evidencia-se neste estudo a fragilidade da coleta de dados secundários. 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, com este estudo permite-se 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 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 deles 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. 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 o melhor entendimento da dinâmica de funcionamento dos serviços envolvidos no cuidado ao portador de transtorno mental.

COLABORADORES

Oliveira G. L. 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 coorientadora 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

- 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): 429-32.
- 2- Nick E, Oliveira SB. Tendências políticas de saúde mental no Brasil. *J Bras Psiquiatr*: 1998; 47(11): 583-9.
- 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): 269-80.
- 5- Bandeira M, Gelinis D, Lesage A. Desinstitucionalização: o programa de acompanhamento intensivo na comunidade. *J Bras Psiquiatr* 1998; 47 (12): 627-40.
- 6- Pitta AMF. Os Centros de Atenção Psicossocial: espaços de reabilitação? *J Bras Psiquiatr*. 1994, 43(12): 647-54.
- 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): 836-44.
- 9- Brasil. Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental 1990-2004. 4a 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. Brasília: Ministério da Saúde; janeiro de 2007, 85 p.
- 11- Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Propostas da Secretaria Municipal de Saúde. VIII Conferência Municipal de Saúde: etapa municipal da XII conferência nacional. Belo Horizonte; 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): 163-9.
- 19- Pitta AMF, Silva Filho JF, Souza GW, Lancman S, Kinoshita RT, Cavalcanti MT, et al. Determinantes da qualidade de serviços de saúde mental em municípios brasileiros – estudo da satisfação com os resultados das atividades desenvolvidas por pacientes, familiares e trabalhadores dos serviços. *J Bras Psiquiatr* 1995; 44(9): 441-52.
- 20- Lima MCP, Botega NJ. Hospital-dia: para quem e para quê? *Rev Bras Psiquiatr* 2001; 23(4): 195-9.
- 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. 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]. Belo Horizonte (MG): 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): 505-11.
- 24- Almeida Filho N. 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): 270-7.
- 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]. Belo Horizonte (MG): 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.