

A Inserção da Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde em um Sistema de Referência e Contra-Referência - O Caso da UBS Padre Roberto Spawen - SUS/Juiz de Fora

Mental Health Care In The Primary Health Care System In A System Of Reference And Counter-Reference – The Case Of The Padre Roberto Spawen Basic Health Unit – SUS/JUIZ DE FORA

José Luís da Costa Poço¹

Arlete Maria Moreira do Amaral²

1. Médico, funcionário da Prefeitura de Juiz de Fora e do Ministério da Saúde, especialista em Clínica Médica e pós-graduado em Saúde da Família.

2. Enfermeira, professora adjunta da Faculdade de Enfermagem da UFJF e Doutora em Enfermagem.

Endereço do autor:

Rua Irineu Marinho, 300/301 Bom Pastor – CEP 36021-580 – Juiz de Fora – MG. Tel: (32)32188310 e-mail: jl.poco@terra.com.br

Resumo

O estudo tem por objetivo avaliar a atenção à saúde mental na Unidade Básica de Saúde Padre Roberto Spawen inserida, através de uma estrutura hierarquizada, no sistema de atenção à saúde mental de Juiz de Fora. Fez-se a análise descritiva dos dados referentes ao atendimento de 356 pacientes introduzidos no sistema de saúde mental entre setembro de 1997 e maio de 2001, incluindo perfil da clientela, diagnósticos, processo de referência e contra-referência, tratamentos adotados e localização dos pacientes no sistema. A concordância entre os diagnósticos dos generalistas da UBS e dos especialistas é aferida com a aplicação do teste kappa, constatando-se boa concordância diagnóstica apenas para psicoses e dependências químicas. Houve poucas altas e identificou-se elevado índice de abandono de tratamento (63,5%), sendo descritas as associações encontradas entre abandonos, diagnósticos e outras variáveis. A partir dos resultados, são feitas considerações sobre fatores relacionados ao abandono de tratamento.

Palavras-chave: Cuidados Primários de Saúde; Saúde Mental/Diagnóstico; Transtornos Mentais/Diagnóstico; Transtornos Mentais/Terapia

Abstract

The objective of this study is to evaluate the mental health care at the Padre Roberto Spawen Community Health Center, a unit existing within the hierarchical structure of the public mental health care system of Juiz de Fora. It includes the descriptive analysis of data referring to the care provided to 356 patients who entered the mental health care system from September 1997 to May 2001: patient characteristics, diagnoses, the referral and counter-referral process, treatments adopted, and patients' location in the system. The agreement between the diagnoses from the Community Health Center and those from the specialists is evaluated by the kappa statistic. We found good agreement for these diagnoses only for psychoses and chemical dependencies. Discharges from treatment were infrequent and the rate of treatment dropouts was high (63,5%); associations between dropouts, diagnoses and other variables are described. Based on the results, considerations are made about the factors related to dropout.

Key words: Primary Health Care; Mental Health; Mental Disorders/Diagnóstics; Mental Disorders/Therapy.

INTRODUÇÃO

O processo de desinstitucionalização psiquiátrica, implementado em nosso país a partir da década de 90, vem mudando o perfil da atenção à saúde mental. A ênfase no tratamento extra-hospitalar e a inclusão da saúde mental nas ações gerais de saúde induzem a estruturação de redes de serviços de atenção à saúde mental, integradas ao Sistema Único de Saúde (AMARANTE, 1992; BRASIL, 1996; BRASIL, 2001).

Em Juiz de Fora, a inserção da assistência à saúde mental na Atenção Básica é um processo de início relativamente recente. Os últimos oito anos testemunharam a implantação no município de um modelo de Atenção Primária em Saúde Mental, regionalizado, hierarquizado e multiprofissional (RIBEIRO et al., 2003). No nível primário de assistência, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) deixaram de ser apenas encaminhadoras de pacientes, passando a funcionar como primeira instância de diagnóstico e tratamento. No nível secundário foram criados os Centros Regionais de Referência em Saúde Mental (CRRESAM), com equipes multiprofissionais, que recebem os pacientes selecionados pelas UBS e com elas interagem através de mecanismos de referência e contra-referência. São utilizados impressos padronizados e os prontuários acompanham os pacientes em seus deslocamentos entre os níveis primário e secundário de atenção (RIBEIRO, 2000).

Segundo os protocolos do Sistema Municipal de Saúde Mental (SMSM), cabe às equipes das UBS's realizar o acolhimento dos pacientes com queixas relacionadas à saúde mental; diagnosticar e tratar os casos de sofrimento mental inespecífico, bem como investigar possíveis causas orgânicas para o transtorno apresentado. Conforme o diagnóstico formulado e o nível de gravidade, o tratamento inicial será instituído/mantido na própria UBS ou o paciente pode ser referenciado ao CRRESAM.

Os CRRESAM's recebem os pacientes encaminhados, estabelecem ou confirmam o diagnóstico e, em até sessenta dias, contra-referenciam os pacientes para a UBS de origem, com orientações quanto ao tratamento, ou os encaminham para tratamento em Programas Especiais de Saúde Mental (PROESAM), específicos para cada grupo de transtornos mentais.

Os profissionais da UBS, além de atender à demanda espontânea, acompanham os pacientes que retornam a partir da contra-referência do CRRESAM, dos PROESAM ou de alguma internação ou atendimento de urgência. As UBS são visitadas mensalmente por membros da equipe do respectivo CRRESAM para reuniões de supervisão e consultoria. No que se refere à inserção das

ações de saúde mental no nível primário de atenção, todas as UBS's de Juiz de Fora já estão articuladas a CRRESAM's (onze no total), agrupadas segundo a proximidade das áreas de abrangência e na proporção de 4 a 5 UBS's por CRRESAM.

Em síntese, em Juiz de Fora, ocorreu na prática uma transferência para a UBS da tarefa de captar/filtrar os usuários do SMSM, condicionando a possibilidade de um tratamento especializado à existência de um diagnóstico de doença. Ao CRRESAM ficou reservado, na maioria dos casos, o papel de segundo filtro. Os critérios de inclusão nos PROESAM representariam o terceiro filtro. Seguindo uma lógica de hierarquização, são mantidos na UBS os casos de menor gravidade, com atendimento de baixa complexidade, e apenas os usuários que passam pelas três instâncias diagnósticas, ou filtros, podem permanecer em tratamento no nível secundário.

O atual Sistema Municipal de Saúde Mental representou um avanço em relação à situação anteriormente existente em Juiz de Fora nessa área (RIBEIRO, 2003). Entre os aspectos positivos podem ser citados a organização do sistema e a racionalização no uso dos recursos existentes para a atenção à saúde mental. O controle do fluxo de pacientes entre os serviços com mecanismo de referência e contra-referência também proporcionou uma sensível melhora na quantidade e qualidade de informações sobre a clientela, possibilitando o presente trabalho e facilitando outros estudos de avaliação. Adicionalmente, tornou-se possível, ainda que parcialmente, o atendimento em saúde mental, pela UBS, na área de moradia do paciente.

A implantação, a partir de 1997, do SMSM em Juiz de Fora, entretanto, não se refletiu até a presente data em mudanças nos níveis de hospitalização psiquiátrica. As internações psiquiátricas ainda ocuparam, em 2004, o 2º lugar na lista de gastos hospitalares do SUS no município e o 4º lugar na relação de número de internações por especialidade, situação idêntica à que existia em 1996. Os dados disponíveis mais recentes, de julho de 2003, indicam a existência de 887 leitos psiquiátricos em Juiz de Fora, representando 39,3% da rede hospitalar do SUS no município, enquanto que, em 1996, os 1136 leitos psiquiátricos então existentes ocupavam 36,2% da rede hospitalar do SUS (BRASIL, 2005).

O presente estudo relata o caso da UBS Padre Roberto Spawen, no bairro de São Pedro, que foi incluída no atual modelo de assistência à saúde mental desde o início do processo de reformulação, em setembro de 1997, quando o projeto piloto foi implantado na região oeste da cidade. A população da área de abrangência da UBS é de 15958 pessoas, segundo o Censo de 2000. Nesta unidade o atendimento médico é feito no modelo tradicional de organização das UBS, com três especialidades básicas: clínica médica (3 profissionais), pediatria (3) e ginecologia (2). A assistência é representada quase que exclusivamente por consultas médicas, não há reuniões de

grupos de pacientes ou familiares de portadores de transtornos mentais na UBS e as visitas domiciliares são excepcionais e realizadas, geralmente, pela assistente social ou pela enfermeira. A busca ativa dos pacientes faltosos também não faz parte da rotina.

Os portadores de transtornos mentais identificados na UBS Padre Roberto Spawen, quando necessitados de avaliação especializada, são encaminhados ao CRRESAM OESTE. Este estava sediado, à época do estudo, no Instituto de Clínicas Especializadas, no centro da cidade. As reuniões de supervisão da equipe são realizadas uma vez ao mês, na UBS, com a presença de profissionais do CRRESAM, do gerente/assistente social, e de médicos da UBS. Nessas reuniões, são discutidos os casos que estão sendo contra-referenciados e os que abandonaram ou obtiveram alta no CRRESAM.

METODOLOGIA

Caracterização do Estudo

No contexto de uma assistência psiquiátrica em transformação, o primeiro desafio é identificar critérios de avaliação aceitáveis e passíveis de aferição (SILVA FILHO et al., 1996). A monitorização da atenção à saúde mental depende do desenvolvimento de medidas de qualidade que possam avaliar o atendimento e dar apoio às atividades do serviço (HERMANN et al., 2000). VASCONCELOS (1995), ao fazer uma revisão de metodologias e estratégias de pesquisa para avaliação de serviços de atenção em saúde mental, conclui ser recomendável, sugerindo a utilização da combinação de métodos quantitativos e qualitativos, os estudos de caso ou estudos de casos comparados, como os mais apropriados, particularmente aqueles de corte longitudinal. TEIXEIRA (2000), ao avaliar a assistência ambulatorial em saúde mental de Juiz de Fora, em período anterior à implementação do atual SMSM, ressalta que "a possibilidade de um processo avaliativo encontra-se vinculada, de maneira indissociável, à forma de organização do sistema de saúde em questão".

O presente trabalho, um estudo de caso, faz a avaliação da atuação de um serviço do nível primário na atenção à saúde mental e, simultaneamente, coloca em evidência o funcionamento do Sistema de Saúde Mental de Juiz de Fora, particularmente no que se refere à articulação entre os serviços através do mecanismo de referência e contra-referência.

Buscando incluir na avaliação a totalidade dos pacientes inseridos pela UBS no SMSM e, ao mesmo tempo, utilizar um modelo que pudesse ser reproduzido em outras UBS's de Juiz de Fora, adotou-se como estratégia o estudo dos prontuários. A estruturação do SMSM, com a vinculação obrigatória dos pacientes à UBS de sua área de moradia, aliada ao fato de que todas as fichas de atendimento no SMSM fiquem anexadas aos seus prontuários, possibilita que

informações relativas à atuação da UBS e à evolução dos pacientes sejam obtidas a partir da análise desses prontuários, na própria UBS. Optou-se por coletar e analisar, através de métodos quantitativos, essa grande quantidade de informação que se encontrava disponível.

A Coleta de Dados

Foram revisados os prontuários dos pacientes maiores de 12 anos encaminhados ao CRRESAM pela UBS Padre Roberto Spawen, desde o início do funcionamento do novo sistema de atenção à saúde mental, em setembro de 1997 até 30 de maio de 2001. Estabeleceu-se a data de 30/11/2001 como a marca para a obtenção dos dados dos pacientes, de modo que houvesse um período mínimo de seis meses de inclusão no Sistema, a partir da data de referência, suficiente para que o paciente fosse avaliado pelo nível secundário e contra-referenciado ou encaminhado para tratamento específico. Os pacientes menores de 12 anos não foram incluídos por tratarem-se, em sua quase totalidade, de casos de dificuldades de aprendizado ou patologias neurológicas.

O instrumento elaborado para a coleta de dados foi uma ficha específica, com 78 itens, em que foram transcritos os dados contidos nos prontuários. A coleta estendeu-se por 3 meses, de dezembro de 2001 a fevereiro de 2002. Os prontuários que se encontravam no CRRESAM e nos PROESAM, incluindo o NAPP-Núcleo de Apoio ao Paciente Psicótico/CAPS-Centro de Atenção Psicossocial, também foram examinados. No total foram analisados 356 prontuários.

A Análise dos Dados

A consolidação do banco de dados, agrupamentos em categorias e o tratamento estatístico dos resultados, foram feitos com o auxílio do "software" EPI-INFO. Na ausência de um padrão-ouro para aferir a precisão do diagnóstico efetuado na UBS, a concordância clínica entre os diagnósticos da UBS e do CRRESAM foi avaliada utilizando-se o teste Kappa (JEKEL et al. 1999, p.110-112). O teste Kappa determina a extensão na qual a concordância entre dois observadores melhoraria a concordância obtida ao acaso e tem sido utilizado em estudos de confiabilidade de testes na área da saúde mental (BUSNELLO et al., 1999; TEIXEIRA, 2000).

As variáveis analisadas em cada uma das categorias criadas - "referenciados", "contra-referenciados", "abandonos", "pacientes graves" - procuram refletir a atuação da UBS, sua inserção na dinâmica do SMSM e os resultados obtidos com o tratamento realizado. Os resultados da pesquisa são apresentados e discutidos seguindo a seqüência do trajeto dos pacientes no SMSM.

RESULTADOS

Perfil Sócio-demográfico dos Pacientes Incluídos no Sistema Municipal de Saúde Mental pela UBS

De setembro de 1997 até maio de 2001 um grupo de 356 pacientes foi inserido pela UBS no SMSM, conforme assinalado na tabela 1. Há uma tendência de declínio no número de inclusões entre 1998 e 2000.

Tabela 1: Distribuição, por ano, dos pacientes incluídos pela UBS Padre Roberto Spawen no Sistema Municipal de Saúde Mental de Juiz de Fora (n = 356)

ANO	Usuários	Percentual
1997 *	49	13,8%
1998	109	30,6%
1999	96	27,0%
2000	68	19,1%
2001 **	34	9,6%
Total	356	100,0%

* a partir de setembro

** até maio

Do total, 212 pacientes (59,55%) são do sexo feminino e 144 (40,44%) do sexo masculino. A predominância de mulheres, já observada em estudo da clientela de ambulatório de saúde mental em Juiz de Fora (Ribeiro, 1994), ocorre em todas as faixas etárias, com exceção do grupo de 12 a 20 anos, em que há pequena maioria de homens (52,5%). Em ambos os sexos a faixa etária de 30 a 50 anos concentra a maior parte dos pacientes (50,9% no sexo feminino e 52,7% no sexo masculino). A idade média do grupo feminino foi 40,3 anos e a do grupo masculino foi 36 anos.

Tabela 2: Distribuição, por sexo e faixas etárias, dos pacientes incluídos pela UBS Padre Roberto Spawen no Sistema Municipal de Saúde Mental (n = 356)

FAIXA ETÁRIA								
SEXO	12 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 ou mais	Total
F	7,1% (15)	16,5% (35)	26,4% (56)	23,1% (49)	15,1% (32)	7,5% (16)	4,2% (9)	100% (212)
M	11,8% (17)	16,7% (24)	35,4% (51)	20,8% (30)	11,1% (16)	2,8% (4)	1,4% (2)	100% (144)
Total	9,0% (32)	16,6% (59)	30,1% (107)	22,2% (79)	13,5% (48)	5,6% (20)	3,1% (11)	100% (356)

A faixa de renda familiar mais encontrada (45,9%) foi a de "mais de 1 a 3 salários mínimos" e a maior parte dos usuários (60,4%) não completou o Primeiro Grau. 62,9% (68,4% no sexo feminino e 54,9% no sexo masculino) declararam "depender economicamente de alguém". A

parcela de pacientes fora do mercado de trabalho (aposentados, licenciados, recebendo seguro-desemprego e desempregados) - 38,48% do total- superou o percentual de empregados (25,56%).

Diagnósticos

A grande maioria dos pacientes referenciados (312 ou 87,6% do total) procurou a UBS com queixas específicas e/ou solicitando intervenções vinculadas à saúde mental, caracterizando a chamada "demanda específica", segundo os critérios do SMSM. História familiar de transtornos psiquiátricos foi confirmada por 214 pacientes (60,1% do total).

Antecedentes de cuidados de saúde mental estavam presentes em 192 pacientes (53,9%) e ausentes em 157 (44,1%). Em ambos os grupos, no período de 1998 a 2000, nota-se tendência de diminuição no número de inclusões no Sistema, mais nítida nos pacientes com passado de tratamento psiquiátrico. Em 7 casos (2% do total) a informação quanto a estes antecedentes não foi obtida.

Analisando a relação entre pacientes com antecedentes de cuidados de saúde mental e aqueles sem tratamento anterior (tabela 3), verifica-se a diminuição progressiva da participação de pacientes com tratamento anterior e, em contrapartida, um aumento da proporção de usuários ainda não identificados como pacientes psiquiátricos. Em 1997, 71,4% dos pacientes encaminhados tinham histórico de tratamento relacionado à saúde mental e 28,6% negavam esse antecedente. Esse padrão foi invertido ao longo dos anos: em 2000 e em 2001 a maioria dos casos encaminhados pela UBS ao CRRESAM (52,9%) era de pacientes sem passado de tratamento de saúde mental.

Tabela 3: Frequência de antecedentes de tratamento em saúde mental entre os pacientes incluídos pela UBS, a cada ano, no Sistema Municipal de Saúde Mental (n = 356)

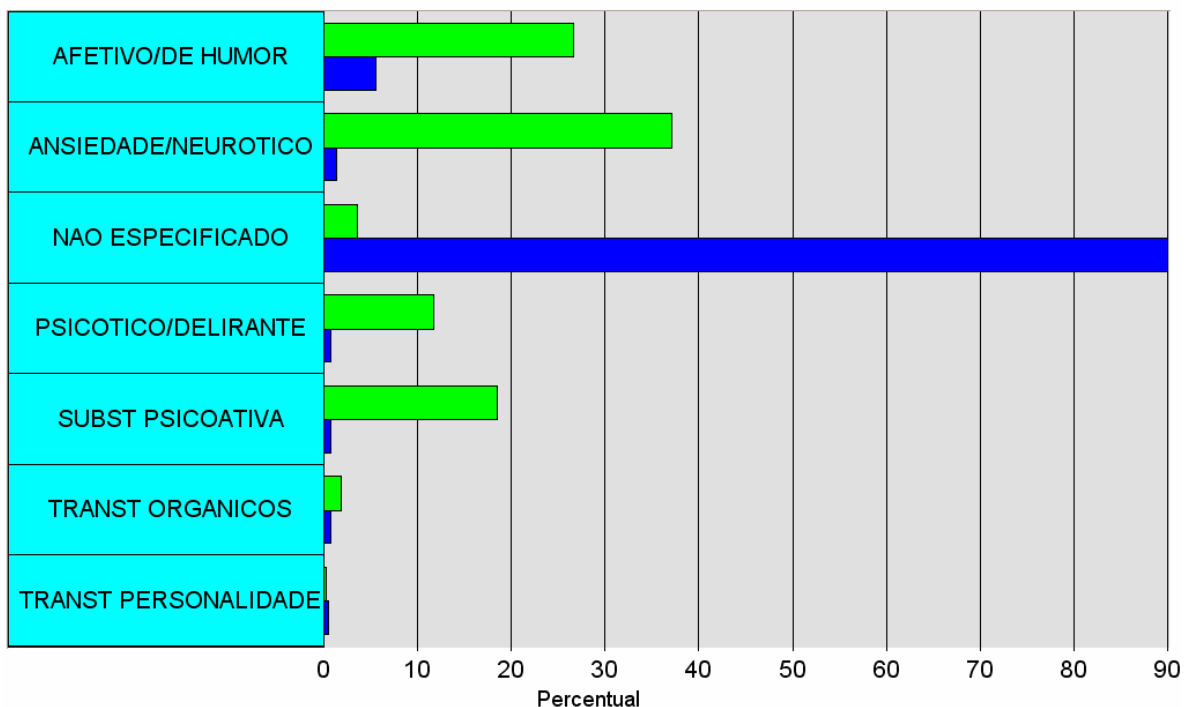
	1997	1998	1999	2000	2001	Total
Sem tratamento anterior em Saúde Mental	28,6% (14)	41,3% (45)	45,8% (44)	52,9% (36)	52,9% (18)	44,1% (157)
Com histórico de tratamento em Saúde Mental	71,4% (35)	56,9% (62)	51,0% (49)	45,6% (31)	44,1% (15)	53,9% (192)
Não informado	-	1,8% (2)	3,1% (3)	1,5% (1)	2,9% (1)	2,0% (7)
Total	100% (49)	100% (109)	100% (96)	100% (68)	100% (34)	100% (356)

No grupo de 192 pacientes com passado de cuidados de saúde mental, um subgrupo de 92 indivíduos tinha histórico de internação psiquiátrica e representaria, em princípio, o

contingente de casos mais graves. A redução gradual nos encaminhamentos, entre 1998 e 2000, também ocorreu nesse subgrupo.

A frequência dos diagnósticos formulados pela UBS está representada no gráfico 1. O "Transtorno de Ansiedade/Neurótico" foi o diagnóstico principal mais frequente (37,1%), vindo em seguida: "Transtorno Afetivo (de Humor)" (26,7%), "Transtorno por Uso de Substâncias Psicoativas" (18,5%), "Transtorno Psicótico/Delirante" (11,8%), "Transtornos Mentais Orgânicos" (2%) e "Transtornos de Personalidade" (0,3%). O alcoolismo (52 pacientes) representou 78,8% dos casos de dependência química e 14,6% do total de pacientes. Treze casos (3,6%) foram encaminhados ao CRRESAM sem diagnóstico especificado. Um estudo da clientela do extinto ambulatório do Centro Regional de Saúde de Juiz de Fora (Ribeiro, 1994), relativo ao período de 1981 a 1985, revelou uma frequência menor de alcoolismo (4,8%) e maior de psicoses (16,4%).

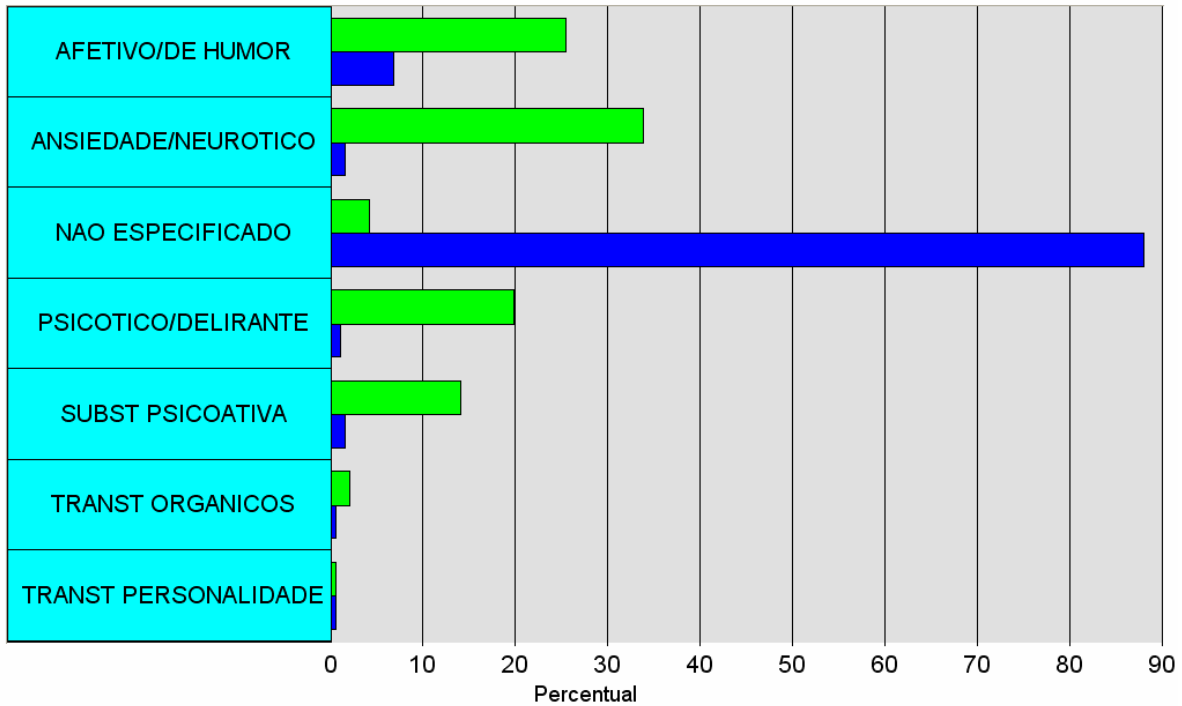
Gráfico 1: Frequência de diagnósticos psiquiátricos formulados pela UBS Padre Roberto Spawen – Juiz de Fora (n = 356)



Verde = Diagnóstico Principal; Azul = Diagnóstico Secundário

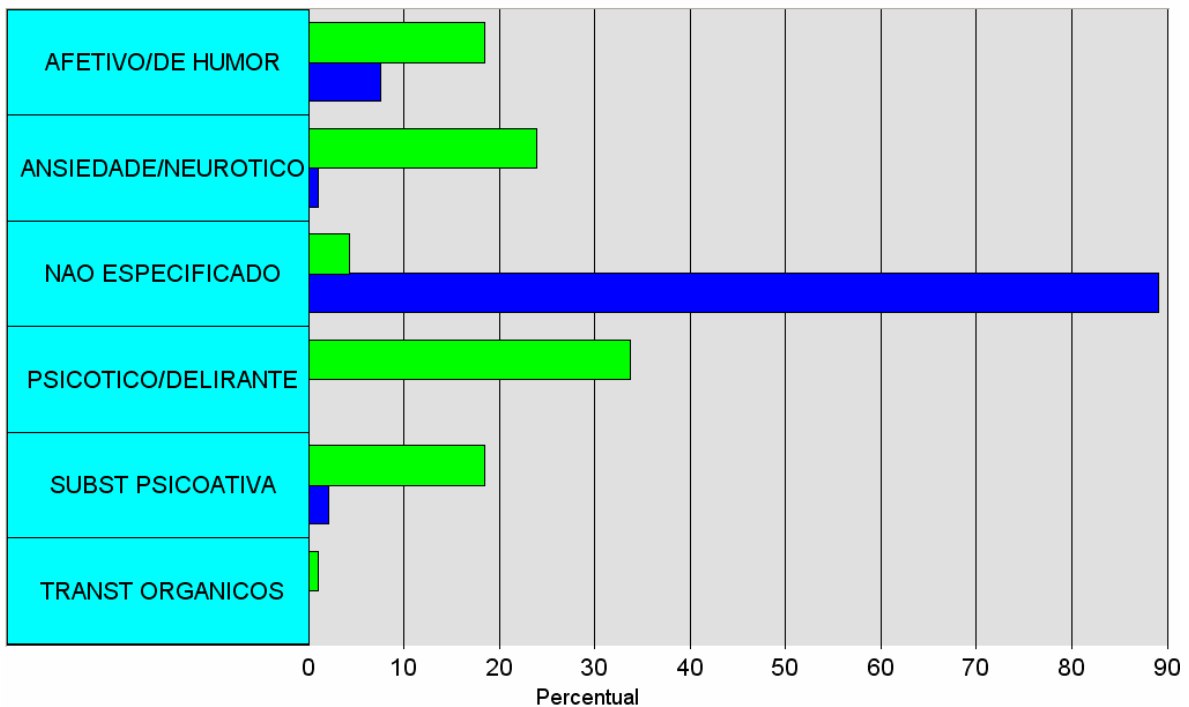
O gráfico 2 retrata os diagnósticos do subgrupo com antecedentes de cuidados de saúde mental e o gráfico 3 representa os pacientes com passado de internação psiquiátrica.

Gráfico 2: Frequência de diagnósticos psiquiátricos formulados pela UBS no subgrupo de pacientes com antecedentes de cuidados de saúde mental (n = 192)



Verde = Diagnóstico Principal; Azul = Diagnóstico Secundário

Gráfico 3: Frequência de diagnósticos psiquiátricos formulados pela UBS no subgrupo de pacientes com passado de internação psiquiátrica (n = 92)



Verde = Diagnóstico Principal; Azul = Diagnóstico Secundário

A distribuição dos diagnósticos dos 309 pacientes atendidos no CRRESAM é semelhante àquela encontrada na avaliação da UBS. O transtorno mais frequente foi o transtorno de ansiedade (37,5%), seguido pelo transtorno afetivo (22,3%), uso de substâncias psicoativas (15,2%), , transtorno psicótico (9,4%), transtornos orgânicos (2,9%) e transtornos de personalidade (1,9%). A única diferença significativa em relação aos diagnósticos da UBS ocorreu na parcela de pacientes sem diagnóstico especificado, bem maior no CRRESAM (10,7%). Entre os diagnósticos secundários, o transtorno de ansiedade também foi o mais encontrado.

A concordância entre o diagnóstico principal do CRRESAM e da UBS ocorreu em 74,5% dos casos (grifados na tabela 4), excluídos aqueles em que a UBS ou o CRRESAM não especificaram diagnóstico.

Tabela 4: Frequências dos diagnósticos psiquiátricos formulados pela UBS e pelo CRRESAM para o mesmo grupo de pacientes (n = 267)

	CRRESAM						Total
	Afetivo/ Humor	Ansiedade Neurótico	Psicótico Delirante	Subst. Psicoativa	Transt Orgânico	Transt. Personal.	
Afetivo/Humor	45	29	1	0	1	1	77
Ansiedade/Neurótico	18	80	0	1	1	0	100
UBS Psicótico/Delirante	2	2	24	0	3	2	33
Subst. Psicoativa	3	1	0	46	0	0	50
Transt. Orgânico	0	0	1	0	4	1	6
Transt. Personal.	0	1	0	0	0	0	1
Total	68	11	26	47	9	4	267

Os valores obtidos no cálculo do coeficiente kappa para aferição da concordância clínica entre a UBS e o CRRESAM, para cada um dos diagnósticos previstos nos protocolos do SMSM, estão expostos na tabela 5. A interpretação dos índices segue os seguintes parâmetros: abaixo de 0,2 a concordância é pobre; entre 0,2 e 0,4 concordância mínima; de 0,4 a 0,6 ruim; de 0,6 a 0,8 boa; e acima de 0,8 é excelente (Jekel et al, 1999, p. 110-112).

Tabela 5: Valores do coeficiente kappa para a concordância clínica entre os diagnósticos psiquiátricos da UBS e do CRRESAM

DIAGNÓSTICO	KAPPA	p	IC 95%
TRANST. AFETIVO/DE HUMOR	0,48	< 0,001	0,361 – 0,6
TRANST. DE ANSIEDADE/NEURÓTICO	0,587	< 0,001	0,468 – 0,706
TRANST. PSICÓTICO/DELIRANTE	0,791	< 0,001	0,672 – 0,91
TRANST. POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	0,937	< 0,001	0,817 – 1,0
TRANST. MENTAL ORGÂNICO	0,52	< 0,001	0,403 – 0,638
TRANST. DE PERSONALIDADE	- 0,006	-	- 0,102 – 0,09

Evidencia-se uma concordância boa para o diagnóstico de psicose e excelente para dependência química, concordância ruim para diagnósticos de ansiedade, distúrbio de humor e transtorno mental orgânico. No diagnóstico de transtorno de personalidade houve discordância (kappa negativo), mas o resultado não tem significância devido à baixa prevalência.

A Referência e a Contra-Referência

Do total de 356 usuários encaminhados ao CRRESAM, 54 (15,16%) deixaram de comparecer à primeira consulta agendada. Destes, apenas 7 foram avaliados pelo CRRESAM após novo encaminhamento; 47 pacientes, ou 13,2% dos referidos, não se apresentaram ao CRRESAM (os abandonos de tratamento serão detalhados mais adiante, em tópico específico).

O intervalo entre a data de encaminhamento pela UBS e a data da consulta no CRRESAM também foi avaliado. O intervalo médio foi de 8,4 dias e aumentou nos últimos 3 anos (tabela 6), configurando uma maior dificuldade de marcação de consultas para essa instância.

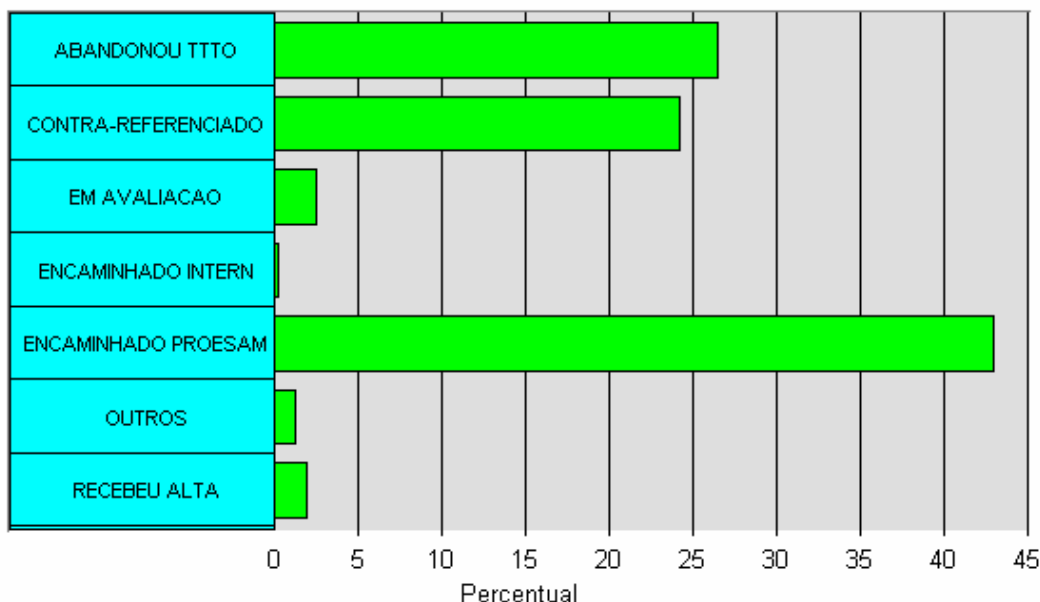
Tabela 6: Intervalo, em dias, entre a consulta na UBS e a consulta marcada no CRRESAM – distribuição por ano (n = 350)*

	Média	Mediana	Moda	Desvio	Mínimo	Máximo
1997 (47 pacientes)	5,31	5,0	2,0	3,7	2	20
1998 (109 pacientes)	4,06	4,0	2,0	2,2	2	13
1999 (93 pacientes)	10,33	9,0	9,0	6,6	2	42
2000 (67 pacientes)	11,19	10,0	7,0	8,7	1	61
2001 (34 pacientes)	16,0	14,0	14,0	9,8	3	62
Total (350 pacientes)	8,42	6,0	2,0	7,3	1	62

(*excluídos 6 pacientes cuja data da primeira consulta no CRRESAM não estava assinalada)

A evolução dos 309 usuários avaliados pelo CRRESAM é resumida no gráfico 4.

Gráfico 4: Pacientes incluídos pela UBS Padre Roberto Spawen no SMSM - evolução do tratamento no CRRESAM (n = 309)



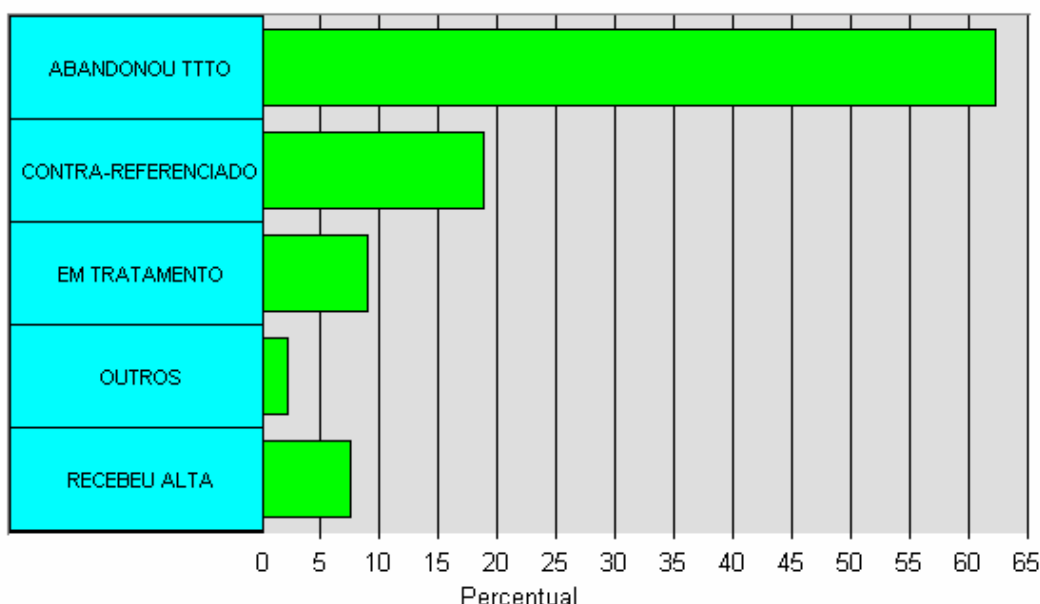
133 pacientes foram encaminhados aos PROESAM. A tabela 7 mostra a distribuição pelos programas (PTA = Programa de Transtornos de Ansiedade; PADQ = Programa de Atenção a Dependentes Químicos; PTD = Programa de Transtornos Depressivos; PTB = Programa de Transtornos Bipolares; NAPP = Núcleo de Atenção ao Paciente Psicótico; PSMC = Programa de Assistência à Saúde Mental da Criança):

Tabela 7: Distribuição, por programa, dos pacientes oriundos da UBS Padre Roberto Spawen encaminhados aos PROESAM (n = 133)

PROGRAMA	Usuários	Percentual
PTA	56	42,1%
PADQ	34	25,6%
PTD	23	17,3%
NAPP	16	12,0%
PSMC	2	1,5%
PTB	2	1,5%
Total	133	100,0%

Entre os 133 pacientes encaminhados aos PROESAM (gráfico 5) observa-se um grande índice de abandonos de tratamento: 83 casos (62,4% do total) tiveram suas fichas devolvidas à UBS com essa rubrica e, destes, 54 (40,6%) não mais voltaram a procurar tratamento de saúde mental na UBS. 25 pacientes (18,8%) foram contra-referenciados para a UBS; 10 (7,5%) tiveram alta nos PROESAM; 12 (9,0%) ainda estavam em tratamento nos PROESAM à época do estudo e 3 usuários seguiram algum outro tipo de evolução - por exemplo, exclusão por não preencher critérios de admissão no programa, tratamento em outras instituições fora do SMSM, tratamentos não referentes à saúde mental e outros.

Gráfico 5: Pacientes incluídos pela UBS Padre Roberto Spawen no SMSM - evolução do tratamento nos PROESAM (n = 133)



Do grupo inicial de 356 pacientes referenciados, 100 foram contra-referenciados para a UBS: 75 a partir do CRRESAM e 25 a partir dos PROESAM. A tabela a seguir mostra a distribuição dos diagnósticos nos dois subgrupos.

Tabela 8: Frequência dos diagnósticos dos pacientes contra-referenciados à UBS pelo CRRESAM e pelos PROESAM (n = 100)

ORIGEM	DIAGNÓSTICO							Total
	AFETIVO/ HUMOR	ANSIEDADE NEURÓTICO	NÃO ESPECIF	PSICÓTICO DELIR.	SUBST PSICOAT	TRANST ORGAN	TRANST PERSON	
CRRESAM	20	25	13	5	7	4	1	75
PROESAM	6	13	1	3	2	0	0	25
TOTAL	26	38	14	8	9	4	1	100

Entre os PROESAM, o PTA, que recebeu a maior parcela de encaminhamentos (42,1%), foi o que mais participou na contra-referência (12 pacientes - 52%).

Foram contra-referenciados para a UBS 100 pacientes, porém 23 faltaram à primeira consulta na unidade após a contra-referência e, destes, apenas 4 pacientes retomaram posteriormente acompanhamento em saúde mental; 19 (19%) abandonaram efetivamente o tratamento em saúde mental. Outros 4 pacientes foram contra-referenciados com indicação de outros tratamentos específicos ou sem necessidade de cuidados de saúde mental. Assim o grupo acompanhado na UBS após a contra-referência foi composto de 77 indivíduos.

O Tratamento

O tratamento medicamentoso foi a conduta mais frequentemente indicada pelo CRRESAM e pelos PROESAM para a continuidade do tratamento na UBS, atingindo 81,3% e 64%, respectivamente, em ambos os grupos contra-referenciados. A psicoterapia foi recomendada para 13,3% dos pacientes devolvidos pelo CRRESAM e para 28% dos egressos dos PROESAM. A socioterapia, conceituada como qualquer intervenção no grupo familiar ou social com o objetivo de contribuir para a saúde mental, foi a modalidade menos recomendada (4% em ambos os grupos). As ações da UBS junto a estes pacientes se restringiram às consultas médicas (para todos pacientes) e, em menor escala (11,69%), consultas adicionais com outros profissionais (enfermeira ou assistente social). Apenas um paciente recebeu visita domiciliar.

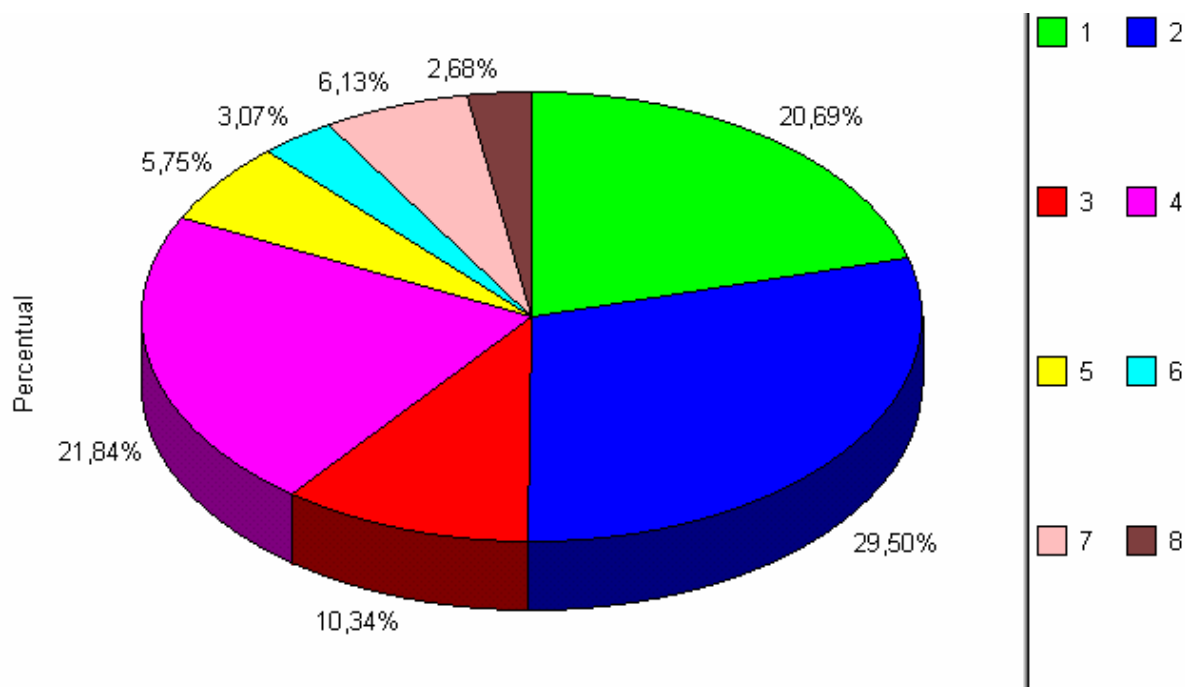
As intervenções da UBS no tratamento dos usuários contra-referenciados foram poucas. Entre os pacientes em uso de medicação, na maioria dos casos (71,43%) foi mantida a mesma dosagem prescrita pelos especialistas do nível secundário. Houve redução da medicação em 23,81% dos pacientes, mudança ou acréscimo de novos medicamentos em 4,76% e aumento da dosagem inicialmente prescrita em 1,59%. O grupo analisado sob este aspecto foi composto por 66 pacientes; 11 usuários foram excluídos por terem apenas uma consulta na UBS após a contra-referência (por abandono ou contra-referência recente).

No grupo de pacientes contra-referenciados que foi atendido na UBS (77 usuários), ocorreram 22 abandonos, sendo que 14 destes não voltaram a procurar tratamento e dos 8 que retornaram, 5 configuraram abandonos efetivos posteriormente, totalizando 19 abandonos (24,6%) nessa etapa. 28 pacientes (36,3%) necessitaram de reavaliações não programadas no nível secundário. Nenhum paciente obteve alta na UBS após a contra-referência no período estudado.

Os Abandonos de Tratamento

Foram considerados casos de abandono de tratamento aqueles assim definidos pelo CRRESAM ou PROESAM e também os pacientes em tratamento na UBS ausentes há mais de 3 meses sem justificativa. O termo "abandono efetivo" refere-se aos pacientes que abandonaram e não retomaram o tratamento até 30/11/2001 ou àqueles que retomaram e eram novamente considerados como abandono em 30/11/2001. Na população estudada, de 356 usuários, 73,3% (261 pacientes) abandonaram o tratamento em alguma ocasião. O gráfico 6 apresenta a distribuição desses abandonos em relação às etapas do fluxo no SMSM.

Gráfico 6: Pacientes que abandonaram o tratamento - distribuição dos pontos de abandono, segundo as etapas da evolução no SMSM (n = 261)



1 = Faltou à 1ª cons. no CRRESAM; 2 = No CRRESAM; 3 = Faltou à 1ª cons. nos PROESAM 4 = Nos PROESAM; 5 = Contra-referenciado pelo CRRESAM, faltou à 1ª cons. na UBS; 6 = Contra-referenciado pelos PROESAM, faltou à 1ª cons. na UBS; 7 = Na UBS, após a contra-referência; 8 = Durante reavaliação no CRRESAM/PROESAM

Entre os pacientes que abandonaram o tratamento, 90 posteriormente retornaram, mas, destes, 55 voltaram a interromper o acompanhamento e configuraram "abandonos efetivos". Somados aos 171 casos cujo primeiro abandono foi definitivo, chegou-se a um total de 226 abandonos efetivos, representando 63,5% do total de pacientes que entraram no SMSM. Entre os pacientes com passado de internação psiquiátrica, o índice de abandonos efetivos foi de 53,3%.

A tabela 9 mostra a freqüência de abandonos efetivos em relação aos diagnósticos. Nesta seção, foram utilizados os diagnósticos da UBS, que abrangem a totalidade do grupo, inclusive os que abandonaram antes da avaliação no CRRESAM.

Tabela 9: Freqüência de abandonos efetivos entre os pacientes incluídos pela UBS Padre Roberto Spawen no SMSM - distribuição por diagnóstico (n = 356)

DIAGNÓSTICO	ABANDONO EFETIVO		Total
	SIM	NÃO	
AFETIVO/DE HUMOR	58,9% (56)	41,1% (39)	100% (95)
ANSIEDADE/NEURÓTICO	66,7% (88)	33,3% (44)	100% (132)
PSICÓTICO/DELIRANTE	38,1% (16)	61,9% (26)	100% (42)
SUBST PSICOATIVA	83,3% (55)	16,7% (11)	100% (66)
TRANST ORGÂNICOS	57,1% (4)	42,9% (3)	100% (7)
TRANST PERSONALIDADE	-	100% (1)	100% (1)
NÃO ESPECIFICADO	53,8% (7)	46,2% (6)	100% (13)
TOTAL	63,5% (226)	36,5% (130)	100% (356)

A análise estatística da tabela 9 quanto às associações entre os diversos diagnósticos e a ocorrência de abandono de tratamento mostra valores significativos no teste do Qui-quadrado ($X^2 = 24,69$, $p = 0,0002$), mas é prejudicada por baixas contagens em alguns diagnósticos. Fez-se, então, a análise de cada um dos diagnósticos isoladamente, em confronto com o restante da população estudada.

O diagnóstico "Transtorno por uso de Substância Psicoativa" esteve associado a uma maior taxa de abandono em relação ao restante dos pacientes. Por outro lado, o diagnóstico "Transtorno Psicótico/Delirante" associou-se a um índice de abandonos menor. Os diagnósticos: "Transtorno Afetivo/de Humor" e "Transtorno de Ansiedade" não se traduziram em diferenças nas taxas de abandono, em relação aos demais usuários. Para os transtornos mentais orgânicos e transtornos de personalidade os resultados não foram estatisticamente significativos. A tabela 10 relaciona os resultados dos testes estatísticos, em relação à ocorrência de abandono de tratamento, para cada um dos diagnósticos e outras variáveis.

Tabela 10: Pacientes incluídos pela UBS no SMSM - análise estatística das taxas de abandonos de tratamento associadas aos diagnósticos e outras variáveis

VARIÁVEL	X²	p
TRANSTORNO P/ USO DE SUBST. PSICOATIVA	12,7402	0,00035
TRANSTORNO PSICÓTICO/DELIRANTE	12,0270	0,00052
TRANSTORNO AFETIVO/DE HUMOR	0,8986	0,34316
TRANSTORNO DE ANSIEDADE	0,7119	0,39882
TRANSTORNO MENTAL ORGÂNICO	0,0020	0,96447
TRANSTORNO DE PERSONALIDADE	0,0786	0,77914
GÊNERO	0,0004	0,98492
TRATAMENTO ANTERIOR EM SAÚDE MENTAL	15,5494	0,00008
PASSADO DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA	0,0001	0,99349
DEPENDÊNCIA ECONÔMICA	0,0035	0,95285
MORAR SÓ	0,2556	0,61312
HISTÓRIA FAMILIAR DE TRANST. MENTAL	2,3390	0,126169

X² = Qui-quadrado corrigido (Yates); p = p bi-caudal

No grupo analisado, a presença de antecedentes de tratamento em saúde mental esteve associada a um índice de abandonos de tratamento significativamente menor. Em relação à idade, notou-se uma tendência linear de diminuição da taxa de abandonos à medida que aumenta a faixa etária, caindo de 72,5% entre os 12 e 19 anos para 44,4% naqueles com 70 anos ou mais.

A Localização dos Pacientes no Sistema ao Final do Período Estudado

A localização dos pacientes em 30 de novembro de 2001 está resumida na tabela 11. Os 211 pacientes sem localização determinada (59,3% da população), incluem 205 que configuraram abandonos efetivos e outros 6 pacientes que foram encaminhados pelo CRRESAM ou PROESAM para tratamentos fora do SMSM. Outros 19 pacientes que haviam abandonado o tratamento no SMSM estavam em tratamento na UBS, mas sem demandas referentes à saúde mental. Dos quatro óbitos que foram comunicados à UBS, dois foram de pacientes que haviam abandonado o tratamento e dois de pacientes que mantinham acompanhamento na UBS. As internações, geralmente efetuadas através do Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP), não são comunicadas à UBS ou aos outros serviços do SMSM. Via de regra, a notícia da internação chega aos serviços ambulatoriais através de familiares, ou, mais frequentemente, quando o paciente retorna ao acompanhamento trazendo um sumário de alta. As 19 altas no CRRESAM e PROESAM incluem 16 altas concedidas na primeira passagem pelos serviços e outras 3 ocorridas em reavaliações posteriores. Somadas à única alta concedida pela UBS levam a uma taxa de 5,6% de altas na população incluída pela UBS no SMSM.

Tabela 11: Localização em 30 de novembro de 2001 dos pacientes incluídos pela UBS Padre Roberto Spawen no SMSM (n = 356)

LOCALIZAÇÃO	Usuários	Percentual
Em avaliação no CRRESAM	28	7,9%
Em acompanhamento na UBS, com demanda referente à saúde mental	47	13,2%
Em acompanhamento na UBS, sem demanda referente à saúde mental	23	6,5%
Em tratamento no PROESAM/nível secundário	22	6,2%
Obteve alta na UBS	1	0,3%
Obteve alta No CRRESAM/PROESAM	19	5,3%
Internado	-	-
Não Localizado	211	59,3%
Falecido	4	1,1%
Mudou-se	1	0,3%
Total	356	100%

A tabela 12 apresenta a localização do subgrupo de 92 pacientes com passado de internação psiquiátrica: 43 pacientes (46,7%) não foram localizados, 23 (25%) estavam em acompanhamento na UBS, 19 (20,6%) estavam em avaliação/tratamento no CRRESAM/PROESAM. Houve 5 altas e 2 óbitos nesse grupo.

Tabela 12: Localização em 30 de novembro de 2001 dos usuários com passado de internação psiquiátrica incluídos pela UBS Padre Roberto Spawen no SMSM (n = 92)

LOCALIZAÇÃO	Usuários	Percentual
Em avaliação no CRRESAM	12	13,0%
Em acompanhamento na UBS, com demanda referente à saúde mental	16	17,4%
Em acompanhamento na UBS, sem demanda referente à saúde mental	7	7,6%
Em tratamento no PROESAM/nível secundário	7	7,6%
Obteve alta na UBS	-	-
Obteve alta no CRRESAM/PROESAM	5	5,4%
Internado	-	-
Não Localizado	43	46,7%
Falecido	2	2,2%
Mudou-se	-	-
Total	92	100%

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo foi o primeiro e, até a data atual, o único trabalho que analisou o funcionamento do SMSM de Juiz de Fora a partir do nível primário de atenção. Obviamente, sendo um relato de caso, que descreve o atendimento prestado à população da área de abrangência de uma UBS isolada, o estudo tem limitações, e seus resultados não podem ser generalizados. A comparação com estudos semelhantes também não é tarefa fácil: no nível local não há estudo

similar, e em outros centros, tanto no Brasil, como em outros países, os sistemas de atenção à saúde mental se estruturam de maneiras diversas, adaptadas às necessidades e recursos de cada região e às políticas locais de saúde. Alguns dos resultados encontrados, contudo, possibilitam trazer alguns aspectos à discussão.

O diagnóstico psiquiátrico é fundamental em um sistema estruturado por programas dirigidos a grupos da população com transtornos mentais específicos, porém é tarefa freqüentemente complexa, envolvendo critérios predominantemente subjetivos. O diagnóstico efetuado pela UBS careceu de precisão, como fica evidente pela análise da concordância clínica UBS/CRRESAM, que atingiu níveis satisfatórios apenas para os casos de dependência química e psicose, geralmente de diagnóstico mais fácil. Os diagnósticos dos transtornos de ansiedade e transtornos afetivos/de humor, cuja soma representou 63,8% dos diagnósticos efetuados pela UBS e 59,8% dos diagnósticos dos especialistas do nível secundário, apresentaram uma concordância clínica ruim, ao redor de 50%. Cabe citar o estudo de Carr et al. (1997), que avaliou o impacto de um serviço de consultoria-ligação em psiquiatria em relação ao nível de conhecimento de psiquiatria clínica dos médicos generalistas, especificamente quanto aos transtornos de ansiedade e depressão, concluindo que o acesso a um serviço de consultoria-ligação não melhorou o conhecimento de psiquiatria entre os generalistas.

Se, por um lado, a constatação de um aumento gradativo da participação de usuários sem antecedentes psiquiátricos na clientela incluída no SMSM pode refletir uma tendência de psiquiatrização da população, que ocorre nos modelos de inspiração preventivista (AMARANTE, 1992), por outro, a atenção ficou restrita aos pacientes que procuraram a UBS.

As ações desenvolvidas ou recomendadas resumiram-se, quase sempre, a consultas médicas e tratamentos medicamentosos. As intervenções efetuadas pela UBS nos tratamentos recomendados pelos especialistas foram mínimas, assim como a taxa de altas na UBS foi insignificante. Apesar da participação crescente de pacientes sem antecedentes psiquiátricos, o número de altas no CRRESAM/PROESAM também foi baixo, configurando uma tendência à cronificação.

O processo de referência e contra-referência e as reuniões de supervisão são, na estrutura do SMSM, a forma em que se traduz a consultoria-ligação (RIBEIRO, 2003). Seriam necessários estudos qualitativos para melhor avaliar essa interface. Sabe-se que, na atenção à saúde mental, esse modelo de articulação entre o setor primário e o secundário pode adotar diversos formatos, variando basicamente em função da intensidade do contato direto entre o profissional de saúde mental e o paciente (GASK; CROFT, 2000).

A existência de uma estrutura organizada de atendimento com baixa pressão de demanda por parte da população não significa, necessariamente, que os usuários estão sendo atendidos de modo eficiente ou que não necessitam de atendimento (WANG et al., 2000). No caso da UBS Padre Roberto Spawen ficou evidente que essa demanda se diluiu através de um processo de abandono de tratamento. A maior parte (63,5%) da população identificada pela equipe da UBS como necessitada de cuidados em saúde mental não se manteve em acompanhamento e as taxas de abandono foram elevadas em todos os subgrupos associados a cada uma das etapas do SMSM, não sendo possível identificar um ponto crítico específico. A comparação com outros estudos fica prejudicada, não só pelas diferentes características da clientela e dos serviços, mas também em função dos diferentes critérios utilizados para a definição de abandono: desde a falta a uma consulta até a ausência por período superior a um ano. Alguns exemplos pesquisados de taxas de abandono de tratamento ambulatorial em saúde mental servem para ilustrar: 68% em Porto Alegre (ISERHARD; FREITAS, 1993); 37% em Botucatu (TORRES; CERQUEIRA, 1992); 46% em Magenta, Itália (PERCUDANI et al., 2002); 17% em Verona, Itália (ROSSI et al., 2002); 16,9% em Ontario, Canadá, e 19,2% nos EUA (EDLUND et al., 2002).

A identificação de prognosticadores de abandono de tratamento em saúde mental tem sido alvo de pesquisas que apontaram a importância de fatores como idade; diagnóstico; nível de conhecimento e consciência em relação aos transtornos mentais; atitude/confiança em relação ao tratamento; modalidade de tratamento adotada; habilidade dos profissionais para transmitir informações sobre os diagnósticos, tratamentos e efeitos colaterais; barreiras financeiras (WANG et al., 2000; EDLUND et al., 2002). Na população aqui estudada, a definição de fatores de risco para os abandonos constatados demandaria o uso de metodologias estatísticas específicas, com análises multivariadas, que fogem ao escopo do trabalho. As associações significativas constatadas entre maiores índices de abandono e o diagnóstico de transtorno por uso de substância psicoativa, e menores taxas de abandono com o diagnóstico de psicoses confirmam resultados de outros pesquisadores (ISERHARD; FREITAS, 1993; AMARAL, 1997; PERCUDANI et al., 2002).

Sob a ótica da desinstitucionalização, em um sistema de atenção à saúde mental, seria de se esperar algumas ações específicas, de prevenção e tratamento, dirigidas aos usuários com passado de internação, que constituiriam, em princípio, o grupo com maior risco de hospitalização. Isso não ocorreu, e esses pacientes seguiram no Sistema o mesmo trajeto que o restante da população. O índice de abandono de tratamento nesse subgrupo (53,3%), foi pouco inferior ao da população total do estudo (63,5%) e bem superior ao que seria desejável para um grupo de risco. Pesquisa sobre o atendimento em unidades básicas de 150 egressos de internação hospitalar em

Campinas (AMARAL, 1997) mostrou uma taxa de abandonos semelhante num período de 4 meses (51,4%).

O modelo de serviços hierarquizados segue princípios que remontam às formulações da psiquiatria preventivista norte-americana, com tendência à padronização, estrutura gerencial centralizada e pouca autonomia das unidades de base. (AMARANTE, 1992; VASCONCELOS, 1992) Alguns resultados aqui apresentados parecem refletir esse quadro, mas fazem-se necessários novos trabalhos, que possam avaliar a extensão em que a forma de organização do SMSM interferiu na continuidade e eficiência do tratamento, e o impacto obtido em relação ao modelo tradicional, centrado no hospital.

Na busca de uma maior adesão e efetividade dos tratamentos em saúde mental, a “centralização no paciente” parece ser o caminho a trilhar (EDLUND et al., 2002). A implementação de programas de monitorização de qualidade dos serviços de saúde mental, mais efetivos na medida em que levem em conta a visão dos profissionais da linha de frente (VALENSTEIN et al., 2004), também pode trazer resultados positivos. "Pensar uma rede de atenção às pessoas que sofrem por transtornos mentais no âmbito do Sistema Único de Saúde, é um desafio que mexe com nossos desejos e utopias [...]" (PITTA, 2001). Os resultados encontrados nesta pesquisa apontam a necessidade de estudos comparativos e complementares, que possam avaliar, entre outros aspectos, o papel dos diferentes equipamentos de saúde que compõem o sistema, a qualidade da atenção e os motivos de abandono de tratamento, subsidiando futuros aperfeiçoamentos na atenção à saúde mental em Juiz de Fora.

REFERÊNCIAS

AMARAL, M. A. Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n.3, p.288-295, 1997.

AMARANTE, P. D. C. A trajetória do pensamento crítico em saúde mental no Brasil: planejamento na desconstrução do aparato manicomial. In: KALIL, M. E. X.(Org.). **Saúde mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992. p.103-119.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. **Relatório final**. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2., 1994. Brasília. Brasília, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria nº 189. Brasília, 19 de novembro de 1991. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 02 out. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm>>. Acesso em 27 fev. 2005.

BUSNELLO, E. D'A. et al. Confiabilidade diagnóstica dos transtornos mentais da versão para cuidados primários da Classificação Internacional das Doenças. **Revista Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 5, p.487-494, out. 1999.

CARR, M. et al. Determining the effect that consultation-liaison psychiatry in primary care has on family physicians' psychiatric knowledge and practice. **Psychosomatics**, Bethesda, v. 38, n.3, p. 217-229, 1997.

EDLUND, J. et al. Dropping out of mental health treatment: patterns and predictors among epidemiological survey respondents in the United States and Ontario. **American Journal of Psychiatry**, Arlington(Va), v.159, p.845-851, 2002.

HERMANN, R. C. et al. Quality measures for mental health care: results from a national inventory. **Medical Care Research and Review**, Thousand Oaks (CA), v. 57, supl. 2, p.136-154, 2000.

ISERHARD, R. ; FREITAS, C. S. C. Frequência do usuário e diagnóstico em um ambulatório de psiquiatria. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 5, p.273-277, jun. 1993.

GASK, L. ; CROFT, J. Methods of working with primary care. **Advances in Psychiatric Treatment**, USA, v. 6, p. 442-449, 2000.

JEKEL, J. F.; ELMORE, J. G.; KATZ, D. L. **Epidemiologia, Bioestatística e Medicina Preventiva**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999. 328 p.

PERCUDANI, M. et al. Monitoring community psychiatric services in Italy: differences between patients who leave care and those who stay in treatment. **British Journal of Psychiatry**, London, v.180, p. 254-259, 2002.

PITTA, A. M. F. Reorientação do modelo de atenção: equidade e justiça social na organização de serviços de saúde mental. In: BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Cadernos de Textos da III Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 2001.

RIBEIRO, M. S. 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**, Rio de Janeiro, v. 43, n.3, p.163-169, mar. 1994.

RIBEIRO, M. S. (Org). **Protocolos de Conduta do Sistema Municipal de Saúde Mental**. Juiz de Fora: SUS, 2000. 121p.

RIBEIRO, M. S. et al. Reforma Psiquiátrica e Atenção Primária à Saúde: o processo de implantação do Sistema Municipal de Saúde Mental de Juiz de Fora. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 6, n.1, p.19-29, jan./jun. 2003.

ROSSI, A. et al. Dropping out of care: inappropriate terminations of contact with community-based psychiatric services. **British Journal of Psychiatry**, London, v. 181, p.331-338, 2002.

SILVA FILHO, J. F. et al. Avaliação da qualidade de serviços de saúde mental no município de Niterói - RJ - A satisfação dos usuários como critério avaliador. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 45, n.7, p.393-402, jul. 1996.

TEIXEIRA, L. S. **Saúde mental no município de Juiz de Fora - MG: um estudo da avaliação da satisfação de clientes e cuidadores com relação à assistência ambulatorial**. 2000. (Dissertação de Mestrado Ciências da Saúde) - Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2000.

TORRES, A. R. ; CERQUEIRA, A. T. A. R. Avaliação crítica de um programa do ambulatório de psiquiatria de um hospital universitário. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 4, p.171-176, 1992.

VALENSTEIN, M. et al. Quality indicators and monitoring of mental health services: what do frontline providers think? **American Journal of Psychiatry**, Arlington (VA), v. 161, n.1, p.146-153, 2004.

VASCONCELOS, E. M. Saúde e saúde mental: vicissitudes de um casamento instável. In: _____. **Do Hospício à Comunidade: mudança sim; negligência não**. Belo Horizonte : Segrac, 1992

VASCONCELOS, E. M. Avaliação de serviços no contexto da desinstitucionalização psiquiátrica: revisão de metodologias e estratégias de pesquisa. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 44, n.4, p. 189-197, abr. 1995

Submissão: novembro de 2004

Aprovação: abril de 2004