

MOTIVOS REFERIDOS PARA ABANDONO DE TRATAMENTO EM UM SISTEMA PÚBLICO DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

Reasons given for dropping out of treatment at a public Mental Health Care Service

Mário Sérgio Ribeiro^I; José Luís da Costa Poço^{II}

^IProfessor Adjunto de Psiquiatria da UFJF, Coordenador do Laboratório de Pesquisas em Personalidade, Álcool e Drogas da UFJF, Doutor em Filosofia pela UGF

^{II}Médico, funcionário da Prefeitura de Juiz de Fora e do Ministério da Saúde, especialista em Clínica Médica e pós-graduado em Saúde da Família

Endereço: M. S. Ribeiro - Rua Severino Meireles, 325/902 - CEP 36025-040 - Juiz de Fora – MG E-mail: mariosribeiro@acessa.com

Resumo

O presente estudo avalia motivos de abandonos de tratamento em saúde mental em um sistema baseado no modelo da Atenção Primária à Saúde, o Sistema Municipal de Saúde Mental de Juiz de Fora (SMSM-JF). Inicialmente, foram ativamente buscados 224 pacientes referenciados por uma Unidade Saúde e que haviam, anteriormente, abandonado o tratamento. Foram localizados 119 pacientes, e a maioria (67,4%) foi entrevistada em seu domicílio. Dentre 113 pacientes e/ou responsáveis em condições de informar, 57,5% afirmaram não ter voltado a procurar atendimento em saúde mental. Entre os que retomaram tratamento, 33,3% voltaram ao SMSM-JF e 15,2% buscaram outros serviços ou especialistas do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre os motivos de abandono, cerca de 35% referiram que obtiveram melhora e/ou que o tratamento não seria mais necessário, enquanto 19% consideraram que o tratamento fora inadequado ou ineficaz. Solicitados a sugerir melhorias, houve 57 sugestões pertinentes, 49 (86%) indicando a necessidade de facilitar o acesso ao atendimento. Os resultados apontam para desejáveis e possíveis modificações estruturais do SMSM-JF e reforçam a importância de um acompanhamento mais próximo daqueles usuários que não comparecem às consultas agendadas.

Palavras-chave: Saúde Mental. Serviços de Saúde Mental. Abandono de Tratamento. Motivos para Abandono de Tratamento.

Abstract

The present paper evaluates the reasons for treatment dropout in a Public Mental Health System (SMSM-JF) based on Primary Care in Juiz de Fora, Brazil. Initially,

researchers tried to locate 224 patients who had been referred by a Primary Care Unit and had previously abandoned treatment. 119 patients were located and most (67.4%) were interviewed at home. Of 113 patients and/or persons responsible for the patients who were able to respond, 57.5% admitted they were no longer seeking mental health care. Of those who resumed treatment, 33.3% went back to SMSM-JF and 15.2% went for non-mental health public services in the same city. The reasons for attrition included mental improvement and/or the evaluation that treatment was no longer necessary (35%) and the understanding that treatment did not suit patients' needs (19%). When asked for suggestions to improve SMSM-JF, 86% of the pertinent answers indicated the need to facilitate access to care. The results point to possible and desirable structural modifications to the SMSM-JF and stress the relevance of a closer follow-up of those individuals who do not show up for regular appointments.

Key words: Mental Health. Mental Health Services. Treatment Dropout. Reasons for Treatment Dropout.

Introdução

Os sistemas de saúde mental vêm sendo reformados em diversos países, com ênfase na desinstitucionalização e no desenvolvimento de serviços com base na comunidade e integrados ao sistema geral de saúde. O Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001 (WHO, 2001), especificamente focado na saúde mental, ressalta que o controle e tratamento dos transtornos mentais, no contexto da atenção primária, são fundamentais para que um maior número de pessoas obtenha acesso mais fácil e rápido aos serviços, melhorando a atenção e diminuindo desperdícios por investigações desnecessárias e tratamentos inespecíficos ou inapropriados.

Starfield (2002) conceitua a Atenção Primária à Saúde como aquele nível de um sistema de serviços que oferece a entrada neste sistema para todas as necessidades e problemas de saúde, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a ação fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. A mesma autora, ao analisar as características da atenção referenciada a outros níveis identifica duas modalidades de atenção: por consultoria (curta duração) ou por encaminhamento (longa duração).

Especificamente em relação à saúde mental, Gask e Croft (2000) relacionam três modelos para atender as necessidades de atenção à saúde mental na atenção primária. No modelo substitutivo, o psiquiatra ou outro profissional de saúde mental torna-se o responsável pelo primeiro contato, por exemplo, em centros comunitários de saúde mental. No modelo de “aumento de fluxo”, os médicos generalistas são encorajados a aumentar a referência. Finalmente, no modelo de “consultoria-ligação”, os profissionais de saúde mental deixam o serviço especializado e tentam estabelecer ligação com os generalistas na comunidade. A estratégia de consultoria-ligação pode adquirir diversos formatos, que diferem entre si em função da intensidade do contato direto entre o paciente e os profissionais de saúde mental.

Ao se avaliar programas ou sistemas de atenção à saúde, deve-se verificar se as metas estabelecidas pelos gestores foram atingidas e se as necessidades da população estão sendo atendidas. A avaliação de programas de atenção primária compreende, entre outros aspectos fundamentais, a qualidade clínica da atenção. As informações referentes aos processos e resultados da atenção podem ser obtidas nos prontuários, por observação, por entrevistas com os pacientes ou utilizando-se atores atuando como “pacientes simulados” (STARFIELD, 2002). Conforme sugerido por Hermann (2000), no terreno da saúde mental, a monitorização da atenção depende do desenvolvimento de “medidas de qualidade” que possam avaliar o atendimento e dar apoio às atividades do serviço. Ao rever as metodologias e estratégias de pesquisa para avaliação de serviços de atenção em saúde mental, Vasconcelos (1995) sugere a utilização da combinação de métodos quantitativos e qualitativos, recomendando os estudos de caso, ou estudos de casos comparados, como os mais apropriados, particularmente aqueles de corte longitudinal. A maior parte da pesquisa sobre modelos cooperativos de atenção à saúde mental no nível primário é descritiva (CRAVEN; BLAND, 2002).

Para uma adequada enunciação das políticas para a atenção primária à saúde, há necessidade de criação de sistemas de informação que contenham dados coletados de maneira rotineira e uniforme nos serviços; ou de levantamentos sistemáticos de amostras da comunidade ou das unidades de saúde (STARFIELD, 2002). Administradores e planejadores no campo da saúde devem ter em mente o conceito de necessidade de atenção à saúde, sabendo converter os dados sobre os estados de saúde e condutas adotadas em medidas de necessidades e necessidades insatisfeitas, em termos atuais e futuros (DONABEDIAN, 1989). A avaliação dessas necessidades e dos resultados obtidos pelos pacientes incluídos em sistemas de saúde é fundamental para melhorar a efetividade dos programas (ALMEIDA; XAVIER, 1995). Todavia, tendo em vista as altas taxas de abandono de tratamento frequentemente encontradas em programas de saúde mental, podem ocorrer distorções

importantes, se não forem incluídas informações sobre os pacientes que não se mantiveram em tratamento (YOUNG, 2000). Deve-se estar atento à mensuração das taxas de abandono e de rejeição, pois a intervenção deve ser considerada ineficaz se a população a considera inaceitável e a rejeita (PERKINS, 2001). A pesquisa de fatores associados ao abandono de tratamento em saúde mental em diferentes sistemas de saúde é frequentemente realizada retrospectivamente, com base em dados de prontuários ou sistemas de informação (FUCIEC, 2003; HERINCKX, 1997; MELO; GUIMARÃES, 2005; PERCUDANI, 2002; ROSSI, 2002). Há poucos estudos de seguimento, com busca ativa e entrevista dos pacientes que abandonaram o tratamento (EDLUND, 2002; YOUNG, 2000).

Este trabalho tem por objetivo avaliar os motivos de abandono de tratamento em saúde mental em um sistema de referência e contra-referência, pesquisar eventuais alternativas de tratamento utilizadas pelos pacientes e coletar, junto aos usuários, sugestões de melhorias para o processo de atendimento.

Metodologia

▪ Contextualização da Pesquisa

A partir de 1997, iniciou-se em Juiz de Fora a estruturação do Sistema Municipal de Saúde Mental (SMSM-JF), reorganizando a assistência à saúde mental e inserindo-a nas atribuições do nível primário de atenção, em um modelo hierarquizado, descentralizado e regionalizado (RIBEIRO, 2003). Nessa nova dinâmica, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) deixaram de ser apenas encaminhadoras de pacientes, passando a funcionar como primeira instância de diagnóstico e tratamento, fazendo também a seleção dos usuários que necessitam ser referenciados aos especialistas nos Centros Regionais de Referência em Saúde Mental (CRRESAM) e mantendo o tratamento dos pacientes contra-referenciados. Cada CRRESAM tem de 3 a 5 UBS's sob sua responsabilidade e seus técnicos, após confirmar, modificar ou estabelecer diagnóstico e tratamento inicial, contra-referenciam os pacientes para a UBS de origem, com as orientações quanto ao tratamento a ser mantido, ou os encaminham para tratamento em Programas Especiais (PROESAM), específicos para cada grupo de transtornos mentais (RIBEIRO, 2000).

A UBS São Pedro foi incluída no SMSM-JF desde o início do processo de reformulação da assistência, em setembro de 1997, fazendo parte do projeto piloto implantado na região oeste da cidade. O primeiro estudo que avaliou, a partir do nível primário, o processo de atendimento no SMSM-JF — daqui por diante identificado como Estudo de Referência (POÇO; AMARAL, 2005) — analisou os prontuários de 356 pacientes maiores de

12 anos incluídos pela UBS São Pedro no SMSM-JF, entre setembro de 1997 e maio de 2001. O elevado índice de abandonos de tratamento encontrado (226, ou 63,5%) indicava a necessidade de uma investigação específica que pudesse contribuir para melhorar a adesão ao tratamento. Abandono de tratamento foi então definido como a interrupção de tratamento por 3 ou mais meses, sem alta médica ou contra-referência, tomando-se o mês de novembro de 2001 como referência para a identificação dos abandonos.

▪ Desenho da Pesquisa

Trata-se de um estudo de tipo corte transversal, tomando por base 226 pacientes que foram considerados como em abandono de tratamento — isto é, que interromperam unilateralmente seu processo de tratamento. Destes 226 sujeitos, foram excluídos 2 pacientes cujos prontuários não continham endereço ou telefone. Os 224 usuários localizáveis foram considerados como Grupo de Referência para o estudo. Os diagnósticos e as datas de inclusão no SMSM-JF foram obtidos a partir do banco de dados do Estudo de Referência (POÇO; AMARAL, 2005). Foi utilizado o diagnóstico formulado na UBS, já que uma parte dos pacientes abandonou o tratamento antes de ter o diagnóstico confirmado ou modificado pela equipe do CRRESAM. Este estudo, iniciado como um processo de avaliação institucional, obedece aos padrões normativos de manutenção do sigilo e confidencialidade, e à Declaração de Helsinki, apresentando-se apenas os dados agregados.

Com o objetivo de avaliar os motivos de abandono do tratamento em saúde mental, procedeu-se a um processo de “busca ativa”, isto é, uma tentativa de contato por visita domiciliar ou por telefone dos pacientes que haviam abandonado o tratamento — ou de seus familiares ou responsáveis. Uma vez localizados, eram entrevistados por meio de um questionário com 3 perguntas abertas, em que pacientes, familiares ou responsáveis eram solicitados a informar: 1- os motivos do abandono; 2- a eventual manutenção, após o abandono, de tratamento em saúde mental em outros serviços; 3- sugestões de modificações no processo de atendimento que pudessem facilitar sua adesão ao tratamento no SMSM-JF. As entrevistas foram realizadas, entre abril e agosto de 2003, por uma estagiária — bolsista do Departamento de Saúde Mental do SUS-JF — da Faculdade de Administração da UFJF, evitando-se assim o viés que poderia ocorrer caso a coleta dos dados fosse feita por participantes do processo de atendimento. A entrevistadora foi orientada a registrar as respostas de forma literal, sem interpretações pessoais.

Dentre os 224 usuários localizáveis, 174 haviam informado, além do endereço domiciliar, um número de telefone, próprio ou de terceiros, para contato. Visando,

secundariamente, comparar a efetividade das duas formas de busca ativa dos pacientes faltosos, esse contingente de pacientes com endereço e telefone foi dividido em dois subgrupos em relação à forma inicial de busca ativa: cerca de 50% (88) foram designados para entrevista telefônica e, para os demais 86 pacientes, foi programada a entrevista em visita domiciliar. A separação dos dois subgrupos de busca foi feita de forma aleatória, seguindo alternadamente a ordem de inclusão no banco de dados do grupo inicial de referência, que por sua vez fora determinada pela seqüência de localização dos prontuários no arquivo da UBS. Obviamente, todos os outros 50 pacientes que não haviam informado telefone, ou seja, aqueles em que a única forma de localização era o endereço residencial, foram designados para entrevista domiciliar.

Em ambas as formas de busca foram feitas até três tentativas de contato, em diferentes horários e dias da semana. Quando o paciente não era localizado sob a forma de contato inicialmente programada, buscava-se a outra alternativa: assim sendo, os usuários programados para entrevista telefônica, e não localizados, foram visitados em seus endereços; e aqueles programados para entrevista domiciliar, e também não localizados, mas que haviam informado algum telefone, foram procurados por telefone. Note-se que todos os pacientes designados para entrevista telefônica tinham endereço informado e apenas 63,23% dos pacientes programados para entrevista domiciliar haviam indicado telefone de contato.

A análise das respostas aos questionários obedeceu a uma adaptação da técnica de Análise de Conteúdo Temática-Estrutural (MINAYO, 2000; TURATO, 2003), mantida em duas fases distintas. A partir das respostas abertas, fornecidas pelos pacientes ou familiares/responsáveis, a estagiária fez uma transcrição inicial das respostas para o banco de dados, na qual se limitava a digitar o aspecto substantivo das respostas. Em seguida, os pesquisadores procederam à categorização das respostas. Realizou-se, então, a verificação das freqüências de respostas nas categorias identificadas.

Na consolidação do banco de dados, tratamento estatístico dos resultados e confecção das tabelas foi utilizado o "software" EPI-INFO, versão 2000. Os métodos estatísticos de avaliação de significância, conforme indicado pelo próprio programa, são informados na apresentação dos resultados.

Resultados

A composição do grupo de referência é apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição de diagnósticos de transtornos mentais, por sexo e idade, em pacientes atendidos na UBS São Pedro, entre setembro/1997 e maio/2001, que abandonaram tratamento (n = 224)

| | Transt. Afetivos | | Transt. Ansiedade | | Transt. Orgânicos | | Transt. Psicóticos | | Transt. Sub Psicoativa | | Não Registrado | | Total | |
|---------------------|------------------|------|-------------------|------|-------------------|------|--------------------|------|------------------------|------|----------------|------|-------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Gênero | | | | | | | | | | | | | | |
| Feminino | 40 | 72,7 | 53 | 60,9 | 2 | 66,7 | 8 | 47,1 | 25 | 45,5 | 5 | 71,4 | 133 | 59,4 |
| Masculino | 15 | 27,3 | 34 | 39,1 | 1 | 33,3 | 9 | 52,9 | 30 | 54,5 | 2 | 28,6 | 91 | 40,6 |
| Faixa Etária | | | | | | | | | | | | | | |
| 12-19 | 4 | 7,3 | 9 | 10,3 | 0 | 0 | 3 | 17,6 | 4 | 7,3 | 1 | 14,3 | 21 | 9,4 |
| 20-29 | 13 | 23,6 | 19 | 21,8 | 2 | 66,7 | 1 | 5,9 | 9 | 16,4 | 1 | 14,3 | 45 | 20,1 |
| 30-39 | 16 | 29,1 | 30 | 34,5 | 0 | 0 | 4 | 23,5 | 17 | 30,9 | 3 | 42,9 | 70 | 31,3 |
| 40-49 | 6 | 10,9 | 16 | 18,4 | 1 | 33,3 | 6 | 35,3 | 17 | 30,9 | 1 | 14,3 | 47 | 21,0 |
| 50-59 | 10 | 18,2 | 8 | 9,2 | 0 | 0 | 2 | 11,8 | 5 | 9,1 | 1 | 14,3 | 26 | 11,6 |
| 60 ou + | 6 | 10,9 | 5 | 5,7 | 0 | 0 | 1 | 5,9 | 3 | 5,5 | 0 | 0 | 15 | 6,7 |

O endereço domiciliar apresentou-se como forma de contato inicial mais confiável que o telefone. De forma estatisticamente significativa ($p = 0,0001$, pelo Teste do χ^2) observou-se mais substituições no grupo originalmente programado para contato telefônico (52,3%) do que no grupo designado para contato por visita domiciliar (22,8%) (Tabela 2). Diversamente, entre os pacientes localizados e entrevistados, os contatos foram, significativamente ($p=0,019$ pelo χ^2), realizados em maior proporção por via telefônica (Tabela 3).

Tabela 2 – Formas de contato inicialmente programadas e efetivamente realizadas (n=224)

| Formas de contato | Inicialmente Programado | | Efetivamente Realizado | | | |
|-------------------|-------------------------|-------------|------------------------|------|------------|------|
| | Freq | % | Domiciliar | | Telefônico | |
| | | | Freq | % | Freq | % |
| Domiciliar | 136 | 60,7 | 105 | 77,2 | 31 | 22,8 |
| Telefônico | 88 | 39,4 | 46 | 52,3 | 42 | 47,7 |
| Total | 224 | 100 | 151 | 67,4 | 73 | 32,6 |

($p = 0,0001$, pelo χ^2)

Dos 224 pacientes buscados, 105 não foram localizados, compreendendo 23 casos de mudança de endereço (informada geralmente por vizinhos ou novos moradores do ex-domicílio); 34 casos em que o endereço e/ou telefone constantes nos prontuários estavam aparentemente incorretos, uma vez que os pacientes não eram conhecidos pelas pessoas contatadas; e ainda 48 situações em que a entrevistadora atingiu o número limite de tentativas sem conseguir contato com o paciente ou algum familiar ou responsável. Foram, portanto, localizados e entrevistados 119 pacientes ou seus familiares/responsáveis. A forma final de contato para a entrevista parece ter influenciado, de forma significativa, a possibilidade de sua realização ($p=0,019$ pelo χ^2), conforme acima mencionado. O índice de entrevistados

manteve-se em torno de 50% para a maioria dos diagnósticos. As exceções significativas foram os portadores de Transtornos Psicóticos, com índice de entrevistados de 76,5% ($p=0,045$, pelo Teste do χ^2) e os casos de Transtornos Mentais Orgânicos, em que todos os 3 pacientes foram entrevistados ($p=0,148$, pelo Teste de Fisher). As idades-médias, máxima, mínima e desvio-padrão foram bastante próximos nos dois subgrupos, isto é, de entrevistados e não-entrevistados. Ao contrário do que poderia ser esperado, não houve maior dificuldade de localização dos usuários com mais tempo de inclusão (e, provavelmente, de abandono). Deve ser ressaltado que não dispomos de uma data de abandono nos registros dos usuários e optamos por utilizar a data de inclusão no SMSM-JF como forma de distribuir os usuários ao longo do período estudado (Tabela 3). A rigor, pode-se afirmar que o subgrupo de pacientes entrevistados, exceto por parâmetros diagnósticos, é bastante semelhante ao de não-entrevistados.

Tabela 3 – Distribuição, por formato da entrevista, diagnóstico, idade média, gênero e ano de inclusão no SMSM, dos pacientes entrevistados e não-entrevistados

| | ENTREVISTADOS (n= 119) | | NÃO- ENTREVISTADOS (n= 105) | | TOTAL (n= 224) | |
|---|---------------------------|------|-----------------------------------|------|-------------------|------|
| | Freq | % | Freq | % | Freq | % |
| ENTREVISTA ADOTADA (formato final) * | | | | | | |
| Domiciliar | 72 | 47,7 | 79 | 52,3 | 151 | 67,4 |
| Telefônica | 47 | 64,4 | 26 | 35,6 | 73 | 32,6 |
| DIAGNÓSTICO | | | | | | |
| Transt. Afetivo/de Humor | 32 | 58,2 | 23 | 41,8 | 55 | 24,6 |
| Transt. Ansiedade/Neurótico | 44 | 50,6 | 43 | 49,4 | 87 | 38,8 |
| Transt. Mental Orgânico ** | 3 | 100 | 0 | 0 | 3 | 1,3 |
| Transt. Psicótico/Delirante *** | 13 | 76,5 | 4 | 23,5 | 17 | 7,6 |
| Transt. Uso Subst. Psicoativa | 24 | 43,6 | 31 | 56,4 | 55 | 24,6 |
| Não Registrado | 3 | 42,9 | 4 | 57,1 | 7 | 3,1 |
| IDADE | | | | | | |
| Média | 36,7 | | 37,5 | | 37,1 | |
| Mínima | 12 | | 13 | | 12 | |
| Máxima | 74 | | 76 | | 76 | |
| Desvio-Padrão | 13,7 | | 13,2 | | 13,4 | |
| GÊNERO | | | | | | |
| Masculino | 45 | 37,8 | 46 | 43,8 | 91 | 40,6 |
| Feminino | 74 | 62,2 | 59 | 56,2 | 133 | 59,4 |
| ANO DE INCLUSÃO | | | | | | |
| 1997 | 16 | 57,1 | 12 | 42,9 | 28 | 12,5 |
| 1998 | 33 | 48,5 | 35 | 51,5 | 68 | 30,4 |
| 1999 | 39 | 57,4 | 29 | 42,6 | 68 | 30,4 |
| 2000 | 25 | 51,0 | 24 | 49,0 | 49 | 21,9 |
| 2001 | 6 | 54,5 | 5 | 45,5 | 11 | 4,9 |

* ($p=0,019$ pelo χ^2); ** ($p= 0,148$ pelo Fisher); *** ($p= 0,045$ pelo χ^2)

Por motivos diversos, desde estados de desorientação — tanto de pacientes como de familiares — até informantes que nada sabiam sobre pacientes que não mais residiam no endereço fornecido, as informações relativas a 6 pacientes incluídos entre os localizados não foram consideradas nas análises que se seguem. Das 113 entrevistas efetivamente analisadas, 82 (72,6%) foram feitas com o próprio paciente e as outras 31 (27,4%) com familiares ou responsáveis. As respostas obtidas quanto às motivações para o abandono, às alternativas de tratamento utilizadas e às sugestões de melhorias para o SMSM-JF são apresentadas na Tabela 4.

Tabela 4 - Motivos de Abandono, Alternativas de Tratamento e Sugestões de Melhorias

| Conjuntos de respostas | Freq | % (*) |
|---|------|-------------|
| Motivo do Abandono | | |
| Sem informações/ não recorda | 29 | 25,6 (-) |
| Falecido ou desaparecido | 6 | 5,3 (-) |
| Mudança de domicílio | 3 | 2,7 (-) |
| Obteve melhora/ tratamento não mais necessário | 26 | 23 (34,7) |
| O tratamento não foi adequado/eficaz | 14 | 12,3 (18,7) |
| Falta de tempo/coincidência com horário de trabalho | 9 | 8 (12) |
| Recusa ou desinteresse pelo tratamento | 7 | 6,2 (9,3) |
| Recebeu encaminhamento médico para outro local | 7 | 6,2 (9,3) |
| Problemas de saúde (próprios ou de familiares) | 5 | 4,4 (6,7) |
| Dificuldade para marcação das consultas | 3 | 2,7 (4) |
| Inadaptação aos profissionais | 3 | 2,7 (4) |
| Não se considerava doente | 1 | 0,9 (1,3) |
| Total | 113 | 100 (100) |
| Alternativas de Tratamento Utilizadas | | |
| Sem informações/ não recorda | 15 | 13,3 (-) |
| Não voltou a procurar atendimento em saúde mental | 65 | 57,5 (66,3) |
| Voltou a tratar-se no SMSM-JF | 11 | 9,7 (11,2) |
| Outros serviços/especialidades do SUS em JF | 5 | 4,4 (5,1) |
| Serviços ambulatoriais conveniados/particulares fora do SUS | 5 | 4,4 (5,1) |
| Serviços ambulatoriais filantrópicos | 4 | 3,5 (4,1) |
| Serviços de outros municípios | 3 | 2,7 (3,1) |
| Solução religiosa e outras | 3 | 2,7 (3,1) |
| Internação psiquiátrica | 2 | 1,8 (2) |
| Total | 113 | 100 (100) |
| Sugestões de Melhorias | | |
| Sem sugestões ou sugestões não-relacionadas ao SMSM-JF | 56 | 49,5 (-) |
| Facilitar/agilizar o acesso ao atendimento | 49 | 43,4 (86) |
| Melhorar o processo de atendimento | 8 | 7,1 (14) |
| Total | 113 | 100 (100) |

* os percentuais entre parênteses se referem às respostas consideradas pertinentes à questão formulada.

Cerca de 26% dos pacientes ou informantes não se recordavam do motivo do abandono e 3% interromperam o tratamento por mudanças de domicílio. Foram informados 1 desaparecimento, 1 suicídio, e 4 óbitos por outras causas. O desaparecimento foi de um rapaz

de 17 anos com diagnóstico de Transtorno por Uso de Substâncias Psicoativas e o suicídio — ocorrido durante internação psiquiátrica, segundo relato da família aos técnicos da UBS — foi de uma mulher de 38 anos, alcoolista. Dos que responderam de forma pertinente à pergunta, cerca de 35% referiram que obtiveram melhora e/ou que o tratamento não seria mais necessário, enquanto que cerca de 19% consideraram que o tratamento não teria sido adequado ou eficaz.

Quanto às alternativas de tratamento utilizadas após o abandono no SMSM-JF, 15 dos entrevistados não souberam informar. Entre os que responderam, a maior parte (65, ou 66,3%) não voltou a procurar atendimento em saúde mental, enquanto os 33,7% restantes voltaram a se tratar, no próprio SMSM-JF (11,2%) ou em outros serviços (Tabela 4). Curiosamente, entre os que relataram ter voltado a procurar tratamento em saúde mental, estavam oito pacientes que disseram haver interrompido o tratamento por considerá-lo desnecessário, conforme foi possível observar através do cruzamento de respostas. Da mesma forma, dos quatorze usuários que informaram ter abandonado o tratamento por considerá-lo inadequado ou ineficaz, apenas um voltou a buscar tratamento no SMSM-JF e quatro voltaram a tratar-se em outros locais. Os três pacientes cujo motivo de abandono foi a inadaptação aos profissionais não retomaram tratamento em saúde mental.

Quando solicitados a dar sugestões de providências que facilitariam a sua permanência em tratamento no SMSM-JF, cerca de 50% dos entrevistados não fizeram sugestões ou se referiram a aspectos não-relacionados ao atendimento em saúde mental, tais como aumentar o número de ginecologistas ou implantar atendimento odontológico na UBS, etc... Restaram 57 sujeitos que apresentaram sugestões pertinentes, isto é, diretamente relacionadas à dinâmica assistencial. Destes, 49 entrevistados (86%) apontaram a necessidade de facilitar o acesso ao atendimento, seja agilizando a marcação de consultas, ampliando o horário de atendimento ou aumentando o número de médicos disponíveis; 8 (14%) sugeriram melhorias no processo de atendimento, seja por maior oferta de medicamentos (6 usuários), seja por terapias mais individualizadas ou demoradas (2). Como é próprio da metodologia utilizada, a terminologia empregada pelos pacientes trouxe algumas dificuldades à categorização das respostas: foram registradas onze sugestões de “atendimento mais rápido”, que foram interpretadas como relacionadas ao acesso ao atendimento; mas é possível, apesar de pouco provável, que alguns dos respondentes estivessem sugerindo consultas mais breves, com menor tempo de contato entre o profissional e o paciente.

Discussão

A definição de abandono de tratamento em saúde mental não é tarefa simples. Não há uma padronização entre diversos estudos que abordam o tema (AMARAL, 1997; EDLUND, 2002; FUCIEC et al., 2003; ISERHARD; FREITAS, 1993; MELO; GUIMARÃES, 2005; PERCUDANI et al., 2002; ROSSI et al., 2002; TORRES; CERQUEIRA, 1992; YOUNG et al., 2000): o critério utilizado pode variar desde a falta a uma consulta (PERCUDANI et al., 2002) até a ausência por período superior a um ano (ROSSI et al., 2002). O indicador de abandono adotado para delimitar a amostra estudada — 3 meses de interrupção indevida ao tratamento — é semelhante ao adotado por Fuciec et al (2003).

Se levarmos em conta o lapso de tempo decorrido entre os abandonos de tratamento e a busca ativa dos pacientes, que, no grupo estudado, pode ter sido de até 6 anos — pacientes incluídos entre 1997 e 2001, e busca ativa para as entrevistas, realizada em 2003 —, podemos considerar satisfatório o índice de localização de 53,13%. O estudo de Young et al. (2000), com desenho similar, atingiu a mesma taxa de localização (53,09%) entre pacientes que haviam abandonado o tratamento há não mais que 3 anos. Killaspy et al. (2000), ao entrevistarem pacientes psiquiátricos que haviam faltado à consulta, obtiveram, após um intervalo de 6 meses, uma taxa de localização de 85,63%; porém, conseguiram entrevistar apenas 55,85% do total.

No Estudo de Referência (POÇO; AMARAL, 2005), as psicoses estiveram associadas às menores taxas de abandono de tratamento, confirmando resultados de outros pesquisadores (ISERHARD; FREITAS, 1993; AMARAL, 1997; PERCUDANI et al, 2002). No presente trabalho, os pacientes psicóticos que haviam abandonado o tratamento foram localizados em maior índice que os portadores de outros transtornos. Esse conjunto de achados parece indicar uma menor mobilidade dos portadores desse transtorno, e de suas famílias, em Juiz de Fora.

Algumas considerações também devem ser feitas em relação às limitações do estudo. Além das limitações inerentes aos estudos descritivos, em que os resultados encontrados não podem ser diretamente generalizados, podem-se fazer algumas observações acerca das formas de entrevista e do instrumento utilizado para a coleta dos dados. Ao optar-se por separar um grupo para entrevista telefônica e outro para entrevista domiciliar, com o objetivo de avaliar a efetividade das duas formas de acesso aos pacientes, pode ter sido introduzido um pequeno viés de seleção no resultado final, já que apenas uma parte dos pacientes selecionados para entrevista domiciliar tinha informado também telefone para contato, enquanto todos os pacientes selecionados para entrevista telefônica tinham endereço informado, possibilitando uma tentativa posterior de entrevista domiciliar. Todavia, não se pode afirmar, a priori, que tal

viés possa, necessariamente, ter influenciado nos achados centrais da pesquisa. A inclusão das respostas fornecidas por parentes ou responsáveis, nos casos em que o paciente não era capaz de responder por si mesmo ou naqueles não localizados diretamente, embora necessária em um estudo de abandonos de tratamento em saúde mental, traz o risco de um viés de relato. Quanto ao instrumento adotado, se, por um lado, a adoção de um questionário aberto diminuiu a possibilidade de viés apriorístico na coleta dos dados, por outro, trouxe algumas dificuldades à interpretação das respostas e sua posterior análise quantitativa. Com a intenção de reduzir a possibilidade desse enviesamento a posteriori, evitou-se uma simplificação excessiva na apresentação dos resultados relativos aos motivos de abandono (nove categorias pertinentes) e às alternativas de tratamento utilizadas após o abandono (oito categorias pertinentes). Cabe aqui citar, como exemplo, o estudo de Killaspy et al. (2000), em uma área de Londres, que relaciona quinze razões apontadas pelos pacientes para o não-comparecimento à consulta psiquiátrica.

Nos limites de nossa busca, não encontramos referências de estudos anteriores, com desenho semelhante, no Brasil. A pesquisa em publicações de língua inglesa, via MEDLINE, também indicou poucos estudos recentes em que são avaliados os motivos, ou razões, relatados pelos pacientes para o abandono de tratamento em saúde mental. No trabalho de Edlund et al. (2002), com uma amostra de pacientes dos EUA e Canadá (Ontário), as razões para o abandono de tratamento foram questionadas apenas como uma forma de triagem, através da apresentação de opções, para que os pacientes escolhessem aquela que se aplicava a seu caso. Os pacientes que relataram a melhora dos sintomas como motivo para a interrupção do tratamento não foram considerados abandonos, para efeito daquele estudo, e não são mencionadas as outras razões indicadas pelos pacientes; tal pesquisa restringiu seus objetivos à identificação de prognosticadores de abandono entre as características socio-demográficas, diagnóstico, atitude dos pacientes em relação ao tratamento em saúde mental e características da terapia recebida.

Já a abordagem de Young et al. (2000), ao avaliar o abandono de tratamento em um sistema público de saúde mental na Califórnia, mostra maiores semelhanças com a metodologia que adotamos: os pacientes que abandonaram o tratamento foram procurados e entrevistados quanto aos motivos da interrupção. O cotejamento dos resultados de Young et al. (2000) com os encontrados em Juiz de Fora revelou grandes semelhanças, conforme explicitado a seguir.

Nesta pesquisa, cerca de um terço (34,7%) dos entrevistados que informaram o motivo para interromper o acompanhamento disseram tê-lo feito porque haviam melhorado ou porque

o tratamento não era mais percebido como necessário. Presumivelmente, muitos desses indivíduos se recuperaram de episódios agudos ou apresentavam sofrimento mental inespecífico e talvez não necessitassem da referência ao nível secundário. O estudo de Young et al. (2000), em que os 47 entrevistados puderam relatar mais de um motivo para o abandono, encontrou percentual semelhante (32%) nessa categoria — ter melhorado ou não mais sentir necessidade de tratamento. Obstáculos ao tratamento — custos, transporte, comorbidades, burocracia — foram apontados por 21% dos entrevistados na Califórnia. Em Juiz de Fora, os obstáculos citados foram dificuldades para marcação de consultas (4%), outros problemas de saúde (6,7%) e falta de tempo/coincidência com horário do trabalho (12%), totalizando 22,7%. Vale ressaltar que é de conhecimento dos pesquisadores o fato de uma parcela de pacientes e familiares fazerem referência, na rotina do atendimento ambulatorial, a dificuldades financeiras para o transporte: é possível que fatores culturais os tenham influenciado a não mencionar este aspecto dentre os motivos de abandono. A inadaptação aos profissionais foi apontada como motivo por 4% dos respondentes em Juiz de Fora e por 30% na Califórnia. Problemas com o tratamento foram citados por 23% dos entrevistados no trabalho norte-americano e foram o motivo de abandono de 18,7% em nossa avaliação.

A análise das alternativas de tratamento utilizadas pelos pacientes após o abandono de tratamento no SMSM-JF reforça a percepção de que uma parcela importante desses abandonos poderia indicar a presença de sofrimento mental temporário e/ou inespecífico: sessenta e cinco pacientes (66,3% dos que responderam a esse quesito) não voltaram a procurar atendimento em saúde mental. Entre os 33 pacientes (36,7%) que retomaram tratamento em saúde mental, incluem-se 2 pacientes que relataram internação psiquiátrica após o abandono. No estudo californiano, 39% dos pacientes entrevistados estavam em tratamento de saúde mental por ocasião da entrevista e apenas 2 pacientes (4%) relataram estar em uma “instituição ou programa residencial”.

No presente trabalho, a ampla maioria (86%) das sugestões colhidas foi relacionada à melhoria do acesso ao tratamento, indicando que há obstáculos que precisam ser removidos. Pela metodologia adotada, não nos foi possível identificar se as modificações sugeridas — facilitar marcação de consultas, ampliar horário de atendimento, aumentar o *staff* — se referem ao nível primário (UBS) ou secundário (CRRESAM, PROESAM). Provavelmente, em face das carências existentes, se referiam aos dois níveis.

A importância da boa articulação intersetorial já foi ressaltada por outros estudos que avaliaram a atenção à saúde mental na rede básica em nosso país (AMARAL, 1997; MELO; GUIMARÃES, 2005). Craven e Bland (2002), em sua extensa revisão sobre a “atenção à

saúde mental compartilhada” em países de língua inglesa, também destacam esse aspecto e apontam o caráter fundamental, na determinação das políticas de serviço, de uma avaliação adequada das necessidades de atenção e recursos locais a fim de se obter um equilíbrio apropriado entre a atenção dedicada aos pacientes com doença mental grave — menos numerosos — e a que é dirigida aos casos mais leves, porém mais frequentes. Apesar de os conceitos e práticas nem sempre serem suficientemente definidos, autores têm sugerido que a implementação do gerenciamento de casos em serviços de saúde mental — sob a forma de tratamento comunitário assertivo ou sob a forma de gerenciamento clínico de casos — tem obtido sucesso na redução dos abandonos de tratamento (CRUZ et al., 2001; HERINCKX et al., 1997; ZIGURAS et al., 2000).

Considerações Finais

Os achados obtidos em nossa avaliação apontam para desejáveis e possíveis modificações estruturais do SMSM-JF e reforçam a importância de um acompanhamento mais próximo daqueles usuários que não comparecem às consultas regularmente agendadas. Em Juiz de Fora, algumas iniciativas nesse sentido já estão em discussão, entre as quais ressalta-se a criação de Grupos de Apoio Psico-social (GAPS) nas UBS's, que visa, entre outros objetivos, melhorar a adesão dos usuários ao tratamento em saúde mental (RIBEIRO; HECKERT, 2005).

Os resultados desta pesquisa, bem como a pequena disponibilidade — especialmente em nosso meio e com o desenho empregado — de estudos que abordem fatores relacionados ao abandono de tratamento, em saúde mental ou mesmo enfocando outros problemas crônicos de saúde, sugerem também a necessidade de que estudos desta natureza sejam desenvolvidos, a fim de fundamentar uma prática assistencial de maior efetividade.

Agradecimento

Os autores agradecem a colaboração da administradora Lilian Lima Quintão, graduanda à época da pesquisa, que, diligentemente, localizou e entrevistou os pacientes, com o apoio de bolsa do Departamento de Saúde Mental do SUS-JF

Referências

ALMEIDA, J.M.C.; XAVIER, M. Avaliação e garantia de qualidade dos serviços de saúde mental. *Acta Médica Portuguesa*, n. 8, p. 119-131, 1995.

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

CRAVEN, M.A.; BLAND, R. Shared mental health care: a bibliography and overview. **Canadian Journal of Psychiatry**, v. 47 sup. 1, p.103, 2002.

CRUZ, M. et al. Best practice for managing noncompliance with psychiatric appointments in community-based care. **Psychiatric Services**, v. 52, n. 11, p. 1443-1445, nov. 2001.

DONABEDIAN, A. Educacion superior en salud - hacia una vision integradora de la investigación y la educacion en salud pública. **Salud Publica de México**, v. 31, n. 4, p. 569-73, 1989.

EDLUND 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**, v. 159, n. 5, p. 845-851, 2002.

FUCIEC, M. et al. Factors and motives associated with drop-out in an ambulatory service for patients with psychotic disorders. **European Psychiatry**, n. 18, p. 193-5, 2003.

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

HERINCKX, M.A. et al. Assertive community treatment versus usual care in engaging and retaining clients with severe mental illness. **Psychiatric Services**, v. 48, n. 10, p. 1297-1306, 1997.

HERMANN, R.C. et al. Quality measures for mental health care: results from a national inventory. **Medical Care Research and Review**, v. 57, sup. 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**, v. 42, n. 5, p. 273-277, jun. 1993.

KILLASPY, H. et al. Prospective controlled study of psychiatric out-patient non-attendance. **British Journal of Psychiatry**, v. 176, p. 160-165, 2000.

MELO, A.P.S.; GUIMARÃES, M.D.C. Fatores associados ao abandono do tratamento psiquiátrico em um centro de referência em saúde mental em Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, n. 2, p. 113-118, 2005.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2000.

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**, v. 180, p. 254-259, 2002.

PERKINS, R. What constitutes Success? [Editorial]. **British Journal of Psychiatry**, v. 179, p. 9-10, 2001.

POÇO, J.L.C.; AMARAL, A.M.M. 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. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 8, n. 1, p. 25-37, jan./jun. 2005.

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

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

RIBEIRO, M.S.; HECKERT, U. Universidade e o cuidado à saúde: o “caso” do Serviço de Psiquiatria e Psicologia Médica do HU-UFJF. **Revista de Saúde do Distrito Federal**, Brasília, v. 16, n.1/2, p.35-47, jan./jun. 2005.

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

STARFIELD B. **Atenção Primária: equilíbrio** entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

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**, v. 41, n.4, p. 171-176, 1992.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa - construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação prática nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis: Vozes, 2003.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Relatório Mundial da Saúde 2001**. Genebra, World Health Organization, 2001. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2006

YOUNG, A.S. et al. Routine outcome monitoring in a public mental health system: the impact of patients who leave care. **Psychiatric Services**, v. 51, n. 1, p. 85-91, 2000.

ZIGURAS, S.J.; STUART, G.W. A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 Years. **Psychiatric Services**, v. 51, n.11, p. 1410-1421, nov. 2000.

| |
|--|
| <p>Submissão: junho de 2006 Aprovação: outubro de 2006</p> |
|--|