

CONCORDÂNCIA DIAGNÓSTICA ENTRE PROFISSIONAIS DOS NÍVEIS PRIMÁRIO E SECUNDÁRIO NA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

Diagnostic agreement between primary care workers and psychiatrists for specialized mental health care

Mário Sérgio Ribeiro¹; Márcio José Martins Alves²;
Priscila Matthiesen e Silva³; Eveline Maria de Melo Vieira³

RESUMO

Introdução: A partir de 1997, iniciou-se, no município de Juiz de Fora - MG, um processo de reformulação do modelo de assistência à saúde mental até então adotado, com a introdução de ações variadas, definidas de acordo com a complexidade de cada nível assistencial. **Objetivo:** Avaliar a habilidade dos profissionais de Unidades Básicas de Saúde (UBS) em identificar transtornos mentais e corretamente referenciá-los ao nível secundário segundo critérios estabelecidos nos Protocolos de Conduta do Sistema Municipal de Saúde Mental de Juiz de Fora (SMSM-JF), comparando os resultados relativos a dois períodos anuais de atendimento. **Método:** O desenho utilizado foi de tipo experimento natural, com dados retirados dos prontuários que circulam no SMSM-JF. O índice *Kappa* foi utilizado para avaliar o nível de concordância diagnóstica entre profissionais das UBS e psiquiatras do nível secundário em dois períodos distintos. **Resultados:** A hipótese de Transtorno por Uso de Substância Psicoativa foi a que resultou em melhores taxas de concordância (*Kappa* 75,4% e 81,4%, respectivamente) atingindo o nível excelente no segundo período avaliado. Taxas de concordância mínimas foram observadas para os Transtornos de Humor (*Kappa* 21,1% e 25,1%). **Conclusões:** Os resultados sugerem uma razoável efetividade do sistema integrado e hierarquizado de assistência à saúde

ABSTRACT

Background: Since 1997, in the city of Juiz de Fora, Brazil, a reformulation of the mental health care model used until then, was begun with the introduction of various health initiatives according to the complexity of each level of care. **Objective:** To assess the ability of Primary Care Teams (PCT) in identifying mental disorders and correctly referring them to secondary level care, according to criteria established in the systems' guidelines of the Mental Health Service of Juiz de Fora (SMSM-JF), and comparing the results of the two annual periods evaluated. **Method:** a real-life, natural experiment design was performed, using data collected from the medical records of the mental health system of the city. The *Kappa* index was used to evaluate the level of diagnostic agreement between the PCT workers and the psychiatrists at the secondary level during the two different periods. **Results:** The hypothesis of Disorders Related to Psychoactive Substance Use resulted in the highest percentage of agreement (*Kappa* 75,4% e 81,4%, respectively), reaching an excellent level in the second period evaluated. Minimal percentage agreement was observed for Mood Disorders (*Kappa* 21,1% e 25,1%). **Conclusion:** The results suggest a reasonable effectiveness of the mental health system studied, [diagnostic agreement between primary care workers and psychiatrists for spe-

¹ Médico, Professor Associado de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Doutor em Filosofia, Laboratório de Pesquisas em Personalidade, Álcool e Drogas (LAPPDA-UFJF) End.: Rua Severino Meireles, 325/902 - 38025-040 - Juiz de Fora - MG. E-mail: mariosribeiro@acessa.com

² Médico, Professor Adjunto de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Doutor em Saúde Coletiva, Laboratório de Pesquisas em Personalidade, Álcool e Drogas (LAPPDA-UFJF).

³ Acadêmicas de Medicina da UFJF, Juiz de fora, MG, bolsistas da FAPEMIG e UFJF (BIC), respectivamente. Auxílio: esta pesquisa tem apoio FAPEMIG (projeto EDT 3322/06).

mental estudado, com os profissionais das UBS avaliadas reconhecendo e referenciando aos especialistas os transtornos mentais de maior gravidade.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental; Atenção Primária a Saúde; Assistência em Saúde Mental; Sistemas de Saúde.

INTRODUÇÃO

Nos países em desenvolvimento, especialistas usualmente provêm cuidados apenas a uma pequena parcela das pessoas com transtornos mentais: muitos pacientes não são reconhecidos como tais pelos sistemas sanitários, fato este que implica em conseqüências clínicas e dispêndios significativos, associados a repetidas buscas de atendimento médico (LLOYD *et al.*, 1996; KATON; WALKER, 1998; MAUKSCH *et al.*, 2001).

O Relatório sobre a Saúde no Mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001), especificamente focado na saúde mental, ressalta que o controle e o tratamento dos transtornos mentais, no contexto da Atenção Básica de Saúde (ABS), são fundamentais para que: um maior número de pessoas tenha mais rápido e/ou fácil acesso aos serviços; melhore a qualidade da atenção; sejam reduzidos os desperdícios por investigações diagnósticas desnecessárias e tratamentos inespecíficos ou inapropriados.

De acordo com Jenkins e Strathdee (2000), algumas das razões que reforçam a necessidade de inserção da saúde mental nas atribuições do nível primário seriam: 1) oferecer bons cuidados à maioria das pessoas com transtornos mentais mais freqüentes e menos graves, que não teriam como serem assistidas por um especialista; 2) garantir que os cuidados físicos relativos aos portadores de transtornos mentais não sejam negligenciados, já que estas pessoas têm alta taxa de comorbidade e mortalidade por doenças físicas; 3) prover seguimento e suporte de longo prazo, o que seria de realização mais factível por médicos generalistas; e 4) garantir o cuidado imediato e precoce àquelas pessoas que não aceitam procurar serviços psiquiátricos.

A relevância da ABS no campo da saúde mental está suficientemente reconhecida. Gask *et al.* (1997) enfatizam o fato de que modelos inovadores de cuidados psiquiátricos, baseados na ABS, parecem oferecer maior potencial de colaboração entre técnicos e o movimento de usuários, uma vez que não carregam o estigma da referência a serviços psiquiátricos. Bower e Gask (2002) ressaltam que, no trabalho em atenção básica à saúde mental, o modelo de interconsulta — ou de consultoria-ligação, que enfatiza o

desenvolvimento de interações próximas entre a equipe da ABS e especialistas em saúde mental — demonstrou ser bastante eficaz. Essa comunicação entre os profissionais de ambos os níveis proporcionaria ainda a oportunidade de se promover melhor relação custo-benefício do serviço.

KEY WORDS: Mental Health; Primary Health Care; Mental Health Assistance; Health Systems

desenvolvimento de interações próximas entre a equipe da ABS e especialistas em saúde mental — demonstrou ser bastante eficaz. Essa comunicação entre os profissionais de ambos os níveis proporcionaria ainda a oportunidade de se promover melhor relação custo-benefício do serviço.

De fato, ainda prevalece uma baixa efetividade no atendimento a pacientes com agravos e/ou queixas na área da saúde mental no nível primário de sistemas de saúde. Um dos fatores que reduz a qualidade desse atendimento é a incapacidade dos profissionais, principalmente médicos, de corretamente diagnosticar e tratar as patologias mentais presentes na sua clientela habitual. A presença de patologia mental nos pacientes atendidos na rede básica de saúde costuma passar despercebida, muito embora sua alta prevalência (KATES *et al.*, 1997; MARI, 1988; FORTES, 2004).

Ainda que existam evidências de que os transtornos mentais de menor gravidade possam ser mais efetivamente cuidados na atenção primária, muitos clínicos gerais, e mesmo alguns pacientes, ainda preferem a referência para equipes de saúde mental. Todavia, cada vez mais, o acompanhamento de pessoas com problemas mentais severos e persistentes tem envolvido o cuidado em atenção primária e a adoção de modelos de cuidado compartilhado (GASK *et al.*, 1997)

No município de Juiz de Fora, iniciou-se, a partir de 1997, um processo de reformulação do modelo até então adotado, consolidado em uma proposta que concentrou-se, fundamentalmente, na inserção do subsector de saúde mental no sistema regionalizado, descentralizado e hierarquizado do município, estendendo as ações de saúde mental às Unidades Básicas de Saúde (UBS) que integram o nível primário da atenção à saúde no município (RIBEIRO *et al.*, 2003). As UBS devem realizar a avaliação inicial dos pacientes de acordo com instrumentos de avaliação e orientações de conduta propostas em manual desenvolvido para este fim — os Protocolos de Conduta do Sistema Municipal de Saúde Mental (RIBEIRO, 2000). Caso necessário, em virtude da complexidade do caso, os profissionais dessas unidades referem o paciente para a equipe especializada de um Centro Regional de Referência em Saúde Mental

(CRRESAM) responsável pelo processo de atendimento e supervisão da área.

Os técnicos do nível secundário devem ser capazes de, com rapidez, confirmar ou especificar diagnósticos e instituir tratamento imediato para os pacientes a eles encaminhados; ao final de sua avaliação, podem contra-referenciar seus pacientes para acompanhamento nas UBS ou referenciá-los a programas especiais de atendimento a grupos específicos de pacientes, responsabilizando-se por estes sujeitos até seu efetivo ingresso no programa a que foi encaminhado (RIBEIRO, 2000; RIBEIRO; HECKERT, 2005). As tarefas desenvolvidas pelos profissionais do nível secundário, bem como a mudança de estilo de prática especializada exigida de seus executores são uma expressão concreta da necessária mudança de padrão de trabalho apontada por diferentes autores que se dedicam ao tema da atenção primária à saúde mental (BLAND, 1998; JENKINS, 1998).

A equipe de nível secundário incluída neste estudo - composta por dois médicos residentes em psiquiatria, uma enfermeira especialista em saúde mental, uma acadêmica de medicina, dois professores de psiquiatria responsáveis pela supervisão dos residentes e uma funcionária administrativa - atendia a pacientes referenciados pelas cinco UBS de sua área de abrangência — Borboleta, Dom Bosco, São Pedro, Santos Dumont e Teixeiras. Com uma capacidade de atender a cerca de 800 novas referências por ano, a equipe deste serviço (CRRESAM-Oeste) procura avaliar os pacientes e definir diagnóstico e conduta num período de tempo máximo de sessenta dias. Além dos dois residentes, três professores da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) também atendiam, em suas aulas práticas, com alunos da disciplina de psiquiatria, a pacientes referenciados pelas UBS de referência. Das UBS de referência do CRRESAM-Oeste, apenas a UBS de Teixeiras funciona com equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), e as demais operam com equipes tradicionais.

Vale ressaltar que a perspectiva docente-assistencial adotada pela equipe da UFJF se antecipou às Diretrizes Curriculares do Ministério da Educação (BRASIL, 2001): está voltada à integração entre a atividade pedagógica e a prática assistencial prestada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e adota um modelo de assistência à saúde mental que se organiza a partir do trabalho em ABS e das diretrizes do PSF. Este modelo assistencial difere daquele atualmente adotado pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde por meio da Portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2005; RABELO *et al.*, 2005) — fundamentalmente centrado na atenção direta por especialistas e que se choca com a política de saúde mental da OMS que, desde

os anos 70, já enfatizava, de acordo com Bower e Gask (2002), que os técnicos da atenção básica deveriam ter um papel central na promoção do cuidado de saúde mental.

Este trabalho tem como objetivo avaliar a concordância diagnóstica entre profissionais dos níveis primário e secundário. Concentra-se, portanto, numa avaliação da efetividade do trabalho — um conceito que, recentemente, tem recebido maior atenção dos pesquisadores (LIEBERMAN *et al.*, 2005; SALVADOR-CARULLA *et al.*, 2006). Espera-se que seus resultados possam contribuir para o estabelecimento de padrões de funcionamento e avaliação para outros serviços de atenção básica à saúde mental, bem como contribuir para a qualidade da formação médica, conforme proposto por Donabedian (1988a; 1988b).

MATERIAL E MÉTODO

Desenho e sujeitos incluídos no estudo

O desenho utilizado foi de tipo experimento natural, observacional, isto é, sem intervenção do grupo de pesquisadores na alocação dos sujeitos ou procedimentos terapêuticos.

Foram avaliados os pacientes encaminhados pelas UBS da área de abrangência do CRRESAM-Oeste no período de abril de 2003 a março de 2005. Excluídos os pacientes encaminhados para reavaliação no mesmo período — 1, no primeiro período e 12, no segundo período estudado —, foram avaliados os dados de todos os 928 (novecentos e vinte e oito) pacientes referenciados pelas UBS e que compareceram a pelo menos uma consulta no CRRESAM-Oeste, independente da idade.

Crítérios e Parâmetros

As características avaliadas — em especial, variáveis demográficas, sócio-econômicas, clínicas, de processo e resultado — constam dos prontuários clínicos semi-estruturados que circulam no SMSM-JF e dos registros efetuados ao longo do atendimento no CRRESAM pela equipe de pesquisa. A digitalização do banco de dados e a análise dos resultados foram realizadas por meio dos programas EPI-Info 6.04d e SPSS for Windows 14.0 (licença de uso CFOP 6.108/6.933).

Os diagnósticos estabelecidos pelos profissionais do CRRESAM-Oeste foram agrupados nas oito grandes categorias codificadas pela Décima Classificação Internacional de Doenças (WHO, 1993) enquanto que as hipóteses diagnósticas informadas pelos técnicos das UBS constam

de uma ficha semi-estruturada de referência, especialmente desenvolvida para o SMSM-JF. Ressalte-se que todos os técnicos, de diferentes formações, do nível primário, foram previamente capacitados para realizar hipóteses diagnósticas psiquiátricas básicas, de acordo com padrões de funcionamento descritos nos Protocolos de Conduta do SMSM-JF (RIBEIRO, 2000).

A habilidade dos profissionais das UBS em identificar transtornos mentais (hipótese diagnóstica) — para, então, corretamente referenciar ao nível secundário — foi avaliada por meio de comparação com o diagnóstico estabelecido pela equipe de especialistas, considerando-se as taxas de concordância de acordo com Coeficiente *Kappa*, aqui apresentado em valores percentuais: valores entre 0 e 20% considerados como de concordância desprezível; e iguais ou maiores que 80% indicando excelente concordância entre os profissionais dos dois níveis assistenciais (JEKEL

et al., 1996). Para efeitos comparativos, os resultados são apresentados agrupando-se os dados relativamente aos dois períodos compreendidos pelo estudo: abril de 2003 a março de 2004 e abril de 2004 a março de 2005.

RESULTADOS

No Quadro 1, estão descritas, de forma sumária, as características sócio-demográficas e econômico-ocupacionais dos pacientes estudados; foram considerados apenas os percentuais relativos aos dados efetivamente registrados. Estão ali apresentadas apenas as categorias mais representativas — isto é, com maior percentual de registros — de cada variável estudada; para cada variável, os percentuais de sujeitos para os quais não foram devidamente realizados os registros também estão indicados. Pode-se, portanto, perceber que os pacientes referenciados ao nível secundário

Quadro 1 - Características demográficas, econômicas e ocupacionais de pacientes referenciados ao nível secundário, consideradas as categorias com maior percentual de registros para cada variável estudada *.

Variáveis	Período	
	Abril de 2003 a Março de 2004 (n= 501) % ** (% faltante) ***	Abril de 2004 a Março de 2005 (n= 427) % (% faltante)
<i>Demográficas</i>		
Sexo Feminino	56,1 (0)	62,8 (0)
Cor branca	69,2 (26,7)	71,2 (33,3)
Idade Média / +/- DP	39,2 /16,0 (6,0)	39,6 /15,9 (9,8)
Naturais de Juiz de Fora	57,1 (30,1)	56,9 (37,0)
<i>Sociais</i>		
Baixa escolaridade #	81,1 (25,9)	78,6 (26,7)
Solteiros / viúvos / separados	54,4 (16,0)	52,5 (20,6)
Se casado, é o primeiro relacionamento conjugal	77,5(69,9)	73,6 (69,8)
Têm filhos	66,5 (20,8)	72,2 (32,6)
Têm até 3 filhos	81,2 (48,9)	76,6 (52,9)
Até 5 moradores na residência	84,9 (22,0)	83,3 (28,8)
Religião Católica	71,3 (31,1)	71,8 (37,7)
Freqüentam o culto	67,1 (33,3)	71,1 (44,0)
<i>Econômicas</i>		
Profissão declarada: Comércio e serviços	48,7 (35,7)	46,1 (41,0)
Não trabalham na profissão	56,7 (43,7)	56,1 (49,9)
Desempregados	41,6 (45,3)	35,8 (49,6)
<i>Ocupacionais</i>		
Dependem economicamente de outrem	66,3 (24,8)	66,1 (31,6)
Não são arrimo de família	77,6 (31,5)	71,0 (41,9)
Renda pessoal menor que 1 SM###	39,8 (32,7)	41,2 (40,3)
Renda familiar de mais de um até 3 SM	50,9 (36,1)	52,8 (41,5)

* Dados constantes da ficha de encaminhamento

** Percentual relativo aos dados efetivamente registrados

*** Percentual de não-registro do dado pela equipe da UBS

Analfabeto até Ensino Fundamental completo

SM = Salário Mínimo

rio se mostraram muito homogêneos, nos dois períodos considerados, quanto a estas características. Assim sendo, predominaram pacientes do sexo feminino, naturais de Juiz de Fora, de cor branca e com idade média próxima aos 40 anos — a faixa etária de maior concentração de pacientes foi a de 40 a 49 anos, que concentraram, respectivamente, 21,6% e 23,4% no primeiro e segundo períodos estudados. Também se apresentaram em maior percentual, pacientes de baixa escolaridade, baixa renda, que não trabalhavam em sua profissão, não viviam uma relação conjugal estável e professavam a religião católica.

As Tabelas 1 e 2 apresentam o perfil desses pacientes de acordo com a hipótese diagnóstica dos técnicos das UBS e o diagnóstico registrado pela equipe do nível secundário, respectivamente. Além do elevado percentual de não-registro de Hipótese Diagnóstica — 32,3% do primeiro período e 34,7% no segundo —, percebe-se que as hipóteses mais freqüentes foram relativas a Transtornos do Humor ou Transtornos de Ansiedade. Diagnósticos Principais de Transtornos de Humor e de Ansiedade também foram os mais freqüentemente registrados pelos técnicos do nível secundário, nos dois períodos considerados.

Tabela 1 - Hipótese Diagnóstica registrada pela equipe da UBS para pacientes referenciados ao nível secundário entre Abril de 2003 a Março de 2004 e entre Abril de 2004 a Março de 2005.

Hipótese Diagnóstica	Abril de 2003 a Março de 2004		Abril de 2004 a Março de 2005	
	Freq.	%	Freq.	%
Sem registro	162	32,3	148	34,7
Transtorno Mental Orgânico	24	4,8	22	5,2
Transtorno por Uso de Substância Psicoativa	35	7,0	27	6,3
Transtorno Psicótico/Delirante	37	7,4	17	4,0
Transtorno de Humor	93	18,6	82	19,2
Transtorno de Ansiedade/ Neurótico	133	26,5	119	27,9
Transtorno de Personalidade	6	1,2	5	1,2
Mais de uma hipótese diagnóstica	11	2,2	7	1,6
Total	501	100	427	100

O Quadro 2 explicita os níveis de concordância entre a hipótese diagnóstica realizada pela equipe da UBS e o diagnóstico principal registrado pela equipe de especialistas. Globalmente falando, a taxa de concordância diagnóstica variou entre 34,9% a 40,8%, percebendo-se relevante incremento para a concordância diagnóstica relativa aos Transtornos Psicóticos, que aumentou de 16,0%, no primeiro

Tabela 2 - Diagnóstico Principal registrado pela equipe do nível secundário para pacientes referenciados entre Abril de 2003 a Março de 2004 e entre Abril de 2004 a Março de 2005.

Diagnóstico	Abril de 2003 a Março de 2004		Abril de 2004 a Março de 2005	
	Freq.	%	Freq.	%
Sem registro	22	4,4	36	8,4
Transtorno Mental Orgânico	36	7,2	12	2,8
Transtorno por Uso de Substância Psicoativa	48	9,6	46	10,8
Esquizofrenia ou outro diagnóstico do grupo F20 a F29 da CID-10	27	5,4	21	4,9
Transtorno de Humor	94	18,8	87	20,4
Transtorno de Ansiedade	180	35,9	154	36,1
Oligofrenia	44	8,8	39	9,1
Transtorno Mental da Criança e Adolescente	26	5,2	23	5,4
Outros (F50 a F69)	24	4,8	9	2,1
Total	501	100	427	100

período, para 45,4% no segundo. Observa-se ainda que a hipótese de Transtorno por Uso de Substância Psicoativa foi a que resultou em melhores taxas de concordância, resultando em coeficientes *Kappa* de 75,4% no primeiro período estudado e de 81,4% no segundo período. Exceto para Transtornos de Humor e Transtornos de Personalidade, as taxas de concordância foram mais elevadas no segundo período estudado.

DISCUSSÃO

Os percentuais de não-registro destes dados foram relativamente altos nos dois períodos pesquisados — afora para o item sexo, com 100% de registro, o não-registro variou entre 6%, para o item idade, no primeiro período estudado, e quase 50%, para itens ocupacionais, no segundo período. Os resultados revelam ainda um relativo crescimento do percentual de não-registro de dados no segundo período avaliado. Ainda que sejam desconsiderados os pacientes cujos prontuários não foram localizados em cada período do estudo — 5,1% e 8,0%, respectivamente —, tal achado sugere uma piora da qualidade do trabalho de referência, por parte dos técnicos das UBS, que são os responsáveis pela coleta e informação destes dados. Apesar deste fenômeno da baixa qualidade do registro de dados em serviços de saúde não ser uma especificidade institucional do SUS-

Quadro 2 - Concordância entre Hipótese Diagnóstica (HD) pela UBS e Diagnóstico Principal (DP) registrado pelos profissionais do CRRESAM para pacientes referenciados ao nível secundário entre Abril de 2003 a Março de 2004 e entre Abril de 2004 a Março de 2005.*

Hipótese Diagnóstica	Diagnóstico Principal						Total	Kappa (%)
	TMO	TUSPA	Esquizofrenia+	TH	TA	TPers		
Período de Abril de 2003 a Março de 2004								
TMO**	3	1	1	2	0	13	20	8,0
TUSPA***	2	23	0	1	4	0	30	75,4
Psicóticos	9	1	5	8	5	7	35	16,0
TH#	2	0	3	37	34	4	80	32,1
TA##	5	3	3	21	80	6	118	41,4
TPers ####	0	1	0	0	1	2	4	8,0
Total	21	29	12	69	124	32	287	34,9
Período de Abril de 2004 a Março de 2005								
TMO	5	0	2	1	3	8	19	33,7
TUSPA	1	23	0	1	1	0	26	81,4
Psicóticos	0	1	6	4	2	4	17	45,4
TH	2	3	0	26	25	5	61	25,1
TA	0	2	0	24	70	4	100	43,7
TPers	0	0	0	0	2	1	3	5,0
Total	8	29	8	56	103	22	226	40,8

* Considerados apenas os pacientes com registro de HD e DP
 ** Transtorno Mental Orgânico
 *** Transtorno por Uso de Substância Psicoativa
 # Transtorno de Humor

Transtorno de Ansiedade
 ### Transtorno de Personalidade
 + Esquizofrenia ou outro do grupo F20 a F29

JF — como se pode verificar, por exemplo, nos estudos de Teixeira *et al.* (1999) e Ribeiro *et al.* (2000) —, ele tem persistido, ao longo dos anos, apesar de inúmeras e antigas considerações sobre a importância de um correto registro de dados para a necessária avaliação dos serviços (FORTES; INFANTE, 1986; STARFIELD, 1994).

É possível considerar que, ao menos em parte, esta piora qualitativa do trabalho se deva a aspectos político-gerenciais já apontados por outras pesquisas, algumas das quais realizadas em nosso meio; dentre esses aspectos, podemos citar: a falta de motivação dos profissionais e de real e positivo envolvimento dos gestores, bem como o constante rodízio de profissionais dos serviços básicos de saúde (RONZANI; RIBEIRO, 2004; RONZANI, 2005).

Um inquérito diagnóstico (FORTES, 2004) realizado com pacientes atendidos por equipes do PSF do município de Petrópolis, no segundo semestre de 2002, identificou altas prevalências de Transtornos Mentais Comuns (TMC) — caracterizados por queixas depressivas e ansiosas inespecíficas — na população atendida por estas equipes. Os resultados encontrados no inquérito realizado em Petrópolis, embora discrepantes em alguns aspectos — tal como a alta frequência de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (26%) —, se aproximam dos achados

aqui apresentados. Dos pacientes avaliados por Fortes (2004), 56% apresentariam algum TMC e, destes, cerca de 33% poderiam apresentar um transtorno mental de maior gravidade. Dos pacientes avaliados pelo Composite International Diagnostic Interview (CIDI) — com média de 2,2 diagnósticos por paciente —, 40% receberam diagnóstico na rubrica dos Transtornos Ansiosos e 45% de Transtorno Depressivo, 10,9% de transtornos relacionados ao uso de álcool, cerca de 8% de Transtorno Bipolar e cerca de 6% pacientes com Transtornos Psicóticos. Tanto os resultados de Fortes como os da atual pesquisa não discrepam dos achados de prevalência na população geral adulta do Brasil (ALMEIDA FILHO *et al.*, 1992).

Entre os pacientes encaminhados, a hipótese diagnóstica mais freqüente foi a de Transtorno de Ansiedade, nos dois períodos. Tal resultado é consistente com a mais elevada prevalência destes transtornos entre os pacientes referenciados, a julgar pelo diagnóstico efetuado pela equipe de especialistas. O perfil dessas hipóteses registradas pelos técnicos das UBS se manteve estável nos dois períodos estudados, mas se observou uma redução relativamente mais elevada para a hipótese diagnóstica de Transtornos Psicóticos / Delirantes. A taxa global de não-registro de hipótese diagnóstica foi relativamente alta e estável nos

dois períodos: 32,3% no primeiro período considerado e 34,7% no segundo período.

Quanto aos diagnósticos realizados pelos profissionais do nível secundário, observa-se que, da mesma forma que o acontecido para as hipóteses diagnósticas dos técnicos das UBS, as maiores prevalências foram de Transtornos de Ansiedade e Humor, com percentuais semelhantes nos dois períodos considerados. No segundo período, observa-se relevante diminuição do percentual de pacientes com diagnóstico de Transtorno Mental Orgânico e de outros transtornos psiquiátricos, e discreta redução do percentual de diagnósticos de psicose do grupo das Esquizofrenias. Os outros diagnósticos se mantiveram estáveis nos dois períodos.

O percentual de não-registro de diagnóstico psiquiátrico foi relativamente baixo entre a equipe de especialistas, apesar de ter praticamente dobrado no segundo período estudado. De todo modo, estes percentuais são bastante inferiores aos de não-registro de hipóteses diagnósticas por parte dos técnicos das UBS. Esse elevado percentual de não-registro de hipótese diagnóstica, por parte dos profissionais da ABS, pode sugerir uma ainda reduzida habilidade destes profissionais em lidar com o diagnóstico de transtornos mentais; todavia, pode também decorrer da precária adesão às normas de trabalho. Ainda que o registro desses dados tenha sido claramente normatizado no SMSM-JF, tal registro não se inclui entre as exigências do Ministério da Saúde na avaliação do trabalho dos serviços de ABS. Esta desconsideração dos Protocolos Assistenciais do SMSM-JF parece refletir um padrão de trabalho de profissionais de ABS do município de Juiz de Fora já anteriormente identificado: segundo Ronzani *et al.* (2005), uma certa “sobrecarga de trabalho” — conforme percebido e referido pelos técnicos da ABS — faria com que qualquer mudança na rotina assistencial tenda sofrer resistência da equipe, ao ser interpretada apenas como uma nova atividade a ser desenvolvida.

Todavia, tem sido empiricamente demonstrado que a adequada utilização de protocolos assistenciais contribui para a melhoria da qualidade da assistência prestada também na área da saúde mental: projeto desenvolvido para melhorar a qualidade na detecção e o manejo da depressão na ABS — através de treinamento de médicos, enfermeiros e do corpo administrativo com o uso de protocolos de rastreamento e tratamento deste transtorno — demonstrou que a implementação do protocolo claramente contribuiu para a resolução das disparidades de tratamento à população de subgrupos vulneráveis (SMITH *et al.*, 2001).

Conforme acima referido, ao se comparar o grau de

concordância entre a hipótese diagnóstica realizada pela equipe da UBS e o diagnóstico principal registrado pela equipe do CRRESAM, observa-se que a hipótese de Transtorno por Uso de Substância Psicoativa foi a que resultou em melhores taxas de concordância: Coeficiente *Kappa* de, respectivamente, 75,4% e 81,4%, atingindo o nível excelente no segundo período avaliado. Enquanto que as taxas de concordância aumentaram, no segundo período, para os diagnósticos de Transtorno Mental Orgânico, Psicose do grupo das Esquizofrenias e Transtornos de Ansiedade, pior concordância, todavia, foi observada para os Transtornos de Humor e Transtornos de Personalidade.

Os resultados relativos aos Transtornos de Personalidade podem refletir tanto uma limitação conceitual dos técnicos das UBS — que tomariam a expressão como um sinônimo de Transtorno Mental — como uma baixa caracterização e explicitação criteriológica dos Transtornos de Personalidade. Historicamente vinculados aos conceitos de personalidade psicopática e psicopatia, os Transtornos de Personalidade, conforme acentuado por Mendes Filho e Morana (2003), até hoje costumam ser confundidos com psicose e tomados como sinônimo de doença mental.

Apesar de se observar uma discreta evolução na taxa de concordância para a totalidade dos grupos diagnósticos, tais resultados devem, ainda, levar em consideração a elevada prevalência de Transtornos de Ansiedade e de Humor — transtornos que, com frequência, não se distinguem em casos de menor gravidade — dentre os pacientes estudados e também sugerem a necessidade de estudos individualizados para cada UBS, o que extrapola os limites deste artigo.

Ressalta-se aqui que, historicamente, vêm sendo discutidas as dificuldades relativas à confiabilidade dos diagnósticos psiquiátricos, mesmo entre especialistas (CAETANO, 1978). Mesmo após as mudanças processadas nos critérios diagnósticos nas últimas duas décadas, ainda se evidencia que a incapacidade dos profissionais, principalmente médicos, de corretamente diagnosticar e tratar as patologias mentais presentes na sua clientela habitual se constituiria em importante fator relacionado à baixa efetividade no atendimento a pacientes com agravos e/ou queixas na área da saúde mental no nível primário (KATES *et al.*, 1997).

A rigor, tal indistinção pode estar escamoteando a rotulação de sujeitos com dificuldades múltiplas, passíveis de melhor identificação como sofrimento mental inespecífico. Uma abordagem integral e resolutiva, que considere os sujeitos no seu contexto bio-psico-social, deveria melhor atender às situações de “sofrimento psicossocial” que povoam a demanda da ABS travestidos das mais variadas formas

clínicas, que vão desde queixas explicitamente relacionadas aos transtornos de ansiedade até aquelas expressas através da corporalidade biológica, sob a forma de sintomas físicos os mais diversos. Ainda que a satisfação das necessidades simbolizadas por queixas dessa natureza possa não ser completamente preenchida, sua adequada abordagem implica em ações mais amplas, que transcendem o campo de atuação específico das profissões da assistência à saúde — e podem e devem ser encaradas pelos profissionais de saúde de uma forma mais adequada. Todavia, na prática, não tem sido fácil implementar esse modelo.

Considerando-se as cerca de 800 primeiras consultas que o CRRESAM-Oeste disponibiliza, por período estudado, é possível também inferir-se a taxa de abandono de tratamento em saúde mental antes mesmo da consulta de referência. Ainda que tal aspecto mereça um estudo específico para que se possa tanto quantificar com segurança quanto identificar as razões para tal comportamento, estimou-se em cerca de 37,5% (para o primeiro período) e 46,3% (no segundo período) as taxas de não-comparecimento ou, ao menos, de não utilização das consultas disponibilizadas para referências aos especialistas. Sabe-se que, historicamente, o processo de construção da identidade do profissional médico priorizou as ações superespecializadas, ficando o trabalho de promoção em saúde como uma prática que distancia o profissional de sua identidade (RONZANI; RIBEIRO, 2004). Uma vez que boa parte dos profissionais médicos das UBS avaliadas são especialistas deslocados para o trabalho em ABS, ainda se observa uma forte tendência a encaminhamento a outros especialistas de problemas que deveriam receber atenção em nível primário, o que sugere que, de fato, tenham ocorrido altas taxas de não-comparecimento à primeira consulta de referência.

Outra pesquisa realizada em nosso meio, abrangendo pacientes oriundos de apenas uma das UBS analisadas no estudo atual, revelou que as taxas de abandono de tratamento foram elevadas em todos os dispositivos assistenciais que compõem o SMSM-JF: ao avaliarem pacientes referenciados ao nível secundário entre 1997 e 2001, os autores registraram um total de 63,5% de abandono (POÇO; AMARAL, 2005). Ao realizarem uma pesquisa com o objetivo de avaliar os motivos de abandono por parte dos pacientes abordados no estudo de Poço e Amaral (2005), Ribeiro e Poço (2006) identificaram que 57,5% dos pacientes encontrados afirmaram não ter voltado a procurar atendimento em saúde mental. Dentre 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 — em boa parte realizado

por especialistas — fora inadequado ou ineficaz.

Conforme acima já referido, Jenkins e Strathdee (2000) indicam que, dentre as atribuições dos profissionais do nível primário estariam as de prover seguimento e suporte de longo prazo para sujeitos com problemas na área de saúde mental, bem como garantir o cuidado imediato e precoce àquelas pessoas que não aceitam procurar serviços psiquiátricos. Dificuldades de acesso, mas também recusa em ser cuidado em serviços de saúde mental, podem resultar em não-comparecimento às consultas com especialistas nessa área.

Gonzalez *et al.* (2005) afirmam que, seja em serviços de ABS, seja no nível especializado, o tempo de adesão dos pacientes ao tratamento estaria correlacionado com experiências, crenças, conhecimento e preferências dos mesmos, que incluem suas atitudes em relação aos benefícios e riscos que percebem em se engajarem no tratamento. Ruth e Allen (1997), ao avaliarem a implementação de um modelo integrado de atenção primária à saúde mental, após treinamento dos técnicos, observaram mudanças nas crenças da população acerca da possibilidade de melhora de problemas psicossociais — a rigor, poder-se-ia deduzir que maior adesão ao tratamento poderia ser uma desejável consequência da maior percepção de resultados positivos das intervenções técnicas.

Além do elevado percentual de dados não-registrados, para algumas variáveis — que parecem não ter influenciado a distribuição homogênea dos resultados descritivos —, ressalta-se ainda, como limitação desse estudo, a reduzida possibilidade de generalização dos resultados. Todavia, assim como todos os estudos que se utilizam de semelhante desenho, ao trabalhar com uma “situação de vida real”, pode contribuir para a própria efetividade das práticas em saúde coletiva. (BAO *et al.*, 2006, HARO *et al.*, 2007). Em especial, um aspecto que reforça a utilidade de estudos dessa natureza é que, pelo simples fato de acontecerem, parecem contribuir para a melhoria da qualidade da assistência ou, pelo menos, prevenir sua deterioração.

Como considerações finais, pode-se dizer que:

1) A homogeneidade dos resultados relativos aos dois subgrupos de pacientes avaliados sugere que sejam efetivamente representativos do universo de habitantes da região estudada com necessidades de atenção à saúde mental. Da mesma forma, parecem ser também representativos da prevalência relativa da demanda por atendimento por sofrimento mental destas comunidades.

2) O estudo sugere uma razoável efetividade do sistema integrado e hierarquizado de assistência à saúde mental estudado, com os profissionais da ABS reconhecendo e

referenciando os transtornos mentais de maior gravidade, ainda quando se trate de Transtornos de Ansiedade. Assim sendo, reforça a importância de sistemas estruturados em que o funcionamento da interface nível-primário secundário esteja apoiado em um consistente processo de supervisão e educação permanente dos técnicos das equipes do nível primário.

3) Por outro lado, reforça ainda a necessidade de aperfeiçoamento do processo cotidiano de registro de dados e informações, por parte dos profissionais de assistência — um problema crônico de nossas instituições de saúde, mas que numa proposta de trabalho sistêmica não se deveria manter nos padrões atuais.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, N. *et al.* Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). **Revista ABP-APAL**, v. 14 n. 3, p. 93-104, 1992.
- BAO, Y. *et al.* Is Some Provider Advice on Smoking Cessation Better Than No Advice? **Health Services Research**, v. 41, n.6, p. 2114-2135, 2006.
- BLAND, R.C. Psychiatry and the burden of mental illness. **Canadian Journal of Psychiatry**, v. 43, n.8, p. 801-810, 1998.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/sesu/ftp/resolucao/0401Medicina.doc>> Acesso em: 05 jun. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 336 de 19 de Fevereiro de 2002**. Estabelece as modalidades de serviços CAPS. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>> Acesso em: 05 jun. 2006.
- BOWER, P.; GASK, L. The changing nature of consultation-liaison in primary care: bridging the gap between research and practice. **General Hospital Psychiatry**, n. 24, p. 63-70, 2002.
- CAETANO, R. Causas de baja confiabilidad del diagnóstico en psiquiatria: una revisión crítica. **Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina**, n. 24, p.115-130, 1978.
- DONABEDIAN, A. Veinte años de investigación en torno a la calidad de la atención médica, 1964-1984. **Salud Pública Mexicana**, n. 30, p. 202-215, 1988a.
- DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **Journal of American Medical Association**, v.121, n. 11, p. 1145-60, 1988b.
- FORTES, S. L. **Transtornos mentais na atenção primária: suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades do Programa de Saúde da Família do município de Petrópolis/Rio de Janeiro/Brasil**. 2004. 154f. Tese de Doutorado - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.
- FORTES, S. L., INFANTE, R. G. G. A questão da saúde mental: a redefinição do papel do psiquiatra em hospital geral para além da psicossomática. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 35, n. 5, p. 273-278, 1986.
- GASK, L. *et al.* Evaluating models of working and the interface between mental health services and primary care. **British Journal of Psychiatry**, n. 170, p. 6-11, 1997.
- GONZALEZ, J. *et al.* Adherence to mental health treatment in a primary care clinic. **Journal of the American Board of Family Medicine**, v. 18, n. 2, p. 87-96, 2005.
- HARO, J.M. *et al.* Three-year antipsychotic effectiveness in the outpatient care of schizophrenia: Observational versus randomized studies results. **European Neuropsychopharmacology**, v. 17, n. 4, p. 235-244, 2007.
- JEKEL, J.F. *et al.* **Epidemiology, biostatistics and preventive medicine**. Philadelphia: Saunders, 1996. 297 p.
- JENKINS, R. Linking epidemiology and disability measurement with mental health service policy and planning. **Epidemiologia e Psiquiatria Sociale**, v. 7, n.2, p. 120-126, 1998.
- JENKINS, R.; STRATHDEE, G. The integration of mental health care with primary care. **International Journal of Law and Psychiatry**, v. 23, n. 3-4, p. 277-291, 2000.
- KATES, N. *et al.* Integrating mental health services within primary care - A Canadian Program. **General Hospital Psychiatry**, n.19, p. 324-32, 1997.
- KATON, W. J.; WALKER, E. A. Medically unexplained symptoms in primary care. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 59, n. 20, p.15-21, 1998.
- LIEBERMAN, J. A. *et al.* Effectiveness of Antipsychotic Drugs in Patients with Chronic Schizophrenia. **New England Journal of Medicine**, n. 353, p. 1209-1223, 2005.

- LLOYD, K. *et al.* The long-term outcomes of patients with neurotic illness in general practice. **British Medical Journal**, n. 313, p.26-28, 1996.
- MARI, J. J. Morbidade psiquiátrica em centros de atenção primária. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**; v.104, n. 2, p.171-181, 1988.
- MAUKSCH, L.B. *et al.* Mental illness, functional impairment, and patient preferences for collaborative care in an uninsured, primary care population. **Journal of Family Practice**, v. 50, n. 1, 2001. Disponível em: <<http://www.jfponline.com>.> Acesso em: 05 jun. 2006.
- MENDES FILHO, R. B.; MORANA, H. C. P. Transtornos específicos da personalidade: semiologia em psiquiatria forense. **Psychiatry On-line Brazil**, v. 8, n.12, 2003. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano03/artigo1203_b.php.> Acesso em: 03 mar. 2007.
- 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, 2005.
- RABELO, A. R. *et al.* **Um Manual para o CAPS: Centro de Atenção Psicossocial**. Salvador: Departamento de Neuropsiquiatria da UFBA. Salvador: BIGRAF, 2005. 149p.
- RIBEIRO, M. S. (Editor) **Protocolos de Conduta do Sistema Municipal de Saúde Mental de Juiz de Fora**. Juiz de Fora: SUS; 2000. 121p.
- RIBEIRO, M. S. *et al.* Psiquiatria em Hospital Geral versus em Hospital Psiquiátrico: avaliação da assistência prestada pela Residência em Psiquiatria do HU-UFJF. **HU-Revista**, v. 25/26, n. 3/1, p. 167-180, 2000.
- RIBEIRO, M. S. *et al.* Reforma Psiquiátrica e Atenção Primária à Saúde: o processo de implementação do Sistema Municipal de Saúde Mental de Juiz de Fora. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 6, n. 1, p. 19-29, 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**, v. 16, n. 1/2, p. 35-47, 2005.
- RIBEIRO, M. S.; POÇO, J. L. C. Motivos referidos para abandono de tratamento em um Sistema Público de Atenção à Saúde Mental. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 9, n. 2, p. 136-145, 2006.
- RONZANI, T. M. *et al.* Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária à saúde: dificuldades a serem superadas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 852-861, 2005.
- RONZANI, T. M.; RIBEIRO, M. S. Identidade e formação profissional dos médicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 27, n. 3, p. 229-236, 2003.
- RONZANI, T. M.; RIBEIRO, M. S. Práticas e Crenças do Médico de Família. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 28, n. 3, p. 190-197, 2004.
- RUTH, E. S.; ALLEN, J. R. Integrated mental health care: practioners' perspectives. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, n. 31, p. 496-503, 1997.
- SALVADOR-CARULLA, L. *et al.* A framework for evidence-based mental health care and policy. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 114, n. 432, p. 5-11, 2006.
- STARFIELD, B. Is primary care essential? **The Lancet**, n. 344, p.1129-1133, 1994.
- SMITH, J. L. *et al.* Resolving disparities in antidepressant treatment and quality-of-life outcomes between uninsured and insured primary care patients with depression. **Medical Care**, v. 39, n. 9, p. 910-22, 2001.
- TEIXEIRA, L. S. *et al.* O Percurso trilhado pelos pacientes: um estudo da assistência prestada no IPUB/UFRJ. **Cadernos IPUB**, número especial, p. 67-81, 1999.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Support. Relatório Mundial da Saúde 2001. Genebra, World Health Organization, 2001. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf.> Acesso em: 05 jun. 2006.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 351p.

Submissão: agosto de 2007

Aprovação: janeiro de 2008
