



Revista de Saúde Pública

ISSN: 0034-8910

revsp@usp.br

Universidade de São Paulo
Brasil

Tavares Cavalcanti, Maria; Magalhães Dah, Catarina; Araujo de Carvalho, Maria Cecilia;
Valencia, Elie

Critérios de admissão e continuidade de cuidados em centros de atenção psicossocial,
Rio de Janeiro, RJ

Revista de Saúde Pública, vol. 43, núm. 1, agosto, 2009, pp. 23-28

Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240181005>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

re^oalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Maria Tavares Cavalcanti^I

Catarina Magalhães Dahl^I

Maria Cecília Araujo de
Carvalho^{II}

Elie Valencia^{III}

CrITÉrios de admissão e continuidade de cuidados em centros de atenção psicossocial, Rio de Janeiro, RJ

Criteria for admission and continuity of health care in psychosocial healthcare services, City of Rio de Janeiro, Southeastern Brazil

RESUMO

OBJETIVO: Analisar os critérios de admissão, encaminhamento e continuidade de cuidado a pacientes utilizados pelas equipes dos centros de atenção psicossocial.

MÉTODOS: Pesquisa qualitativa com avaliação participativa realizada em três centros de atenção psicossocial do município do Rio de Janeiro (RJ) em 2006. Foram sorteados 15 casos admitidos e 15 casos encaminhados dentre os pacientes admitidos para tratamento nos seis meses anteriores ao início da pesquisa. Os critérios apontados pela equipe para a admissão do paciente para tratamento ou encaminhamento foram analisados a partir de um roteiro estruturado. A análise da continuidade de cuidados baseou-se em pesquisa em prontuário, informações da equipe e dos próprios pacientes e/ou familiares seis meses após a absorção ou encaminhamento do paciente.

RESULTADOS: Os pacientes admitidos apresentavam diagnóstico de psicose (esquizofrenia), história de internac es prévias, funcionamento social pobre e rede de apoio pequena e os pacientes encaminhados apresentavam transtornos ansiosos e depressivos, boa adesão a tratamento ambulatorial, bom funcionamento social e presença de rede social. Quanto à continuidade de cuidados, oito pacientes em 27 tiveram destino desconhecido. Quanto aos encaminhamentos, dos 13 pacientes encaminhados a ambulatórios da rede, sete permaneceram em tratamento, dois retornaram aos CAPS e quatro tiveram destino desconhecido.

CONCLUSÕES: Os centros admitem pacientes que se encaixam na definição de um transtorno mental severo e persistente. A continuidade de cuidado foi apontada como problema, provavelmente devido à dificuldade de acompanhar os pacientes na comunidade.

DESCRIPTORIOS: Transtornos Mentais, diagnóstico. Admissão do Paciente. Continuidade da Assistência ao Paciente. Assistência  Saúde. Serviços de Saúde Mental. Pesquisa Qualitativa.

^I Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{II} Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{III} Columbia University. New York, NY, EUA

Correspondência | Correspondence:

Maria Tavares Cavalcanti
Instituto de Psiquiatria da UFRJ
Av. Venceslau Braz, 71 Fundos – Botafogo
22290-140 Rio de Janeiro, RJ, Brasil
E-mail: mariatavarescavalcanti@gmail.com

Recebido: 19/11/2008

Revisado: 21/04/2009

Aprovado: 28/04/2009

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the criteria used by teams for admission, referral and continuity of care among patients of the *Centros de Atenção Psicossocial* (CAPS – Psychosocial Care Centers).

METHODS: A qualitative study with participatory evaluation was conducted in three psychosocial healthcare services of the city of Rio de Janeiro, Southeastern Brazil, in 2006. A total of 15 admitted cases and 15 referred cases were selected among the patients admitted for treatment during the six months that preceded the beginning of research. Criteria pointed out by the team to admit patients for treatment or referral were analyzed from structured guidelines. Analysis of continuity of care was based on medical records and information from the team and patients and/or family members themselves, six months after patients were admitted or referred.

RESULTS: Patients admitted had psychosis (schizophrenia), history of previous admissions, poor social functioning and a small support network, patients referred had anxiety and depressive disorders, a good level of adherence to outpatient treatment, good social functioning and presence of a social network. In terms of continuity of care, eight out of 27 patients had an unknown destination. In terms of referrals, of the 13 patients referred to the network's outpatient clinics, seven continued in treatment, two returned to the centers and four had an unknown destination.

CONCLUSIONS: The centers admit patients who fit into the definition of severe and persistent mental disorder. Continuity of care was pointed out as a problem, probably due to the difficulty in following patients.

DESCRIPTORS: Mental Disorders, diagnosis. Patient Admission. Continuity of Patient Care. Delivery of Health Care. Mental Health Services. Qualitative Research.

INTRODUÇÃO

A reforma psiquiátrica brasileira caracteriza-se por ser essencialmente pública e de base municipal. Baseia-se em uma rede de cuidados na comunidade composta por centros de atenção psicossocial (CAPS), serviços residenciais terapêuticos (SRT), centros de convivência, ambulatórios de saúde mental e hospitais gerais. Os CAPS são articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental, com a função de organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais. Entre suas atividades estão: atendimento clínico em regime de atenção diária, promoção de inserção social de pessoas com transtornos mentais por meio de ações inter-setoriais e regulação da porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação, apoiando assim a atenção à saúde mental na rede básica.

No município do Rio de Janeiro (RJ), o Programa de Saúde Mental foi iniciado na década de 1990 por meio de CAPS e serviços residenciais, privilegiando ações dirigidas ao cuidado do paciente com transtornos mentais severos e persistentes. Em 1995, foi realizado

nesse município o 1º Censo da População dos Internos em Hospitais Psiquiátricos, estabelecendo-se uma política de mudança do modelo de cuidado hospitalar para o comunitário. No ano seguinte, foi criado no bairro de Irajá o primeiro CAPS da cidade, iniciando o processo de implantação dos CAPS nas regiões com notória deficiência de serviços de saúde mental no município.

Atualmente, há nesse município dez CAPS adulto (CAPS II), três CAPS infantil (CAPSi) e um CAPS álcool e drogas (CAPS ad) ativos (credenciados e em credenciamento). Em dezembro de 2007, 3.246 usuários estavam regularmente matriculados nos CAPS II da rede de atenção, sendo em sua maioria uma clientela jovem, de ambos os sexos, entre 20 e 50 anos (majoritariamente entre 30 e 49 anos, 63,8%) com diagnóstico de transtornos do espectro esquizofrênico (F20-29 CID-10).^a

O objetivo do presente estudo foi analisar os critérios utilizados pelas equipes para admissão, encaminhamento e continuidade de cuidado aos pacientes nos centros de atenção psicossocial.

^a Terto A, Sávio D, Almeida N, Processi V, organizadores. Relatório técnico dos centros de atenção psicossocial (CAPS II) da Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia; 2008.

MÉTODOS

O estudo foi norteado por questões focadas no paciente dos CAPS, por exemplo: a que paciente o CAPS se destina? O que ocorre quando um paciente chega ao CAPS? Que destino o paciente tem em termos de tratamento a partir de sua vinda ao CAPS?

O método utilizado foi de avaliação participativa com profissionais dos CAPS na qual “os pesquisadores colaboram de forma integrada com os indivíduos, grupos ou comunidades que desempenham um papel no programa que está sendo avaliado” (Cousins & Whitmore,³ 1998) e o curso da avaliação pode se modificar a partir da descoberta de fatores não previstos inicialmente (Guba & Lincoln, 1989).⁴ Esta participação se deu em dois eixos distintos: 1 – reuniões semanais de equipe dos serviços para coleta de dados; 2 – reuniões trimestrais do conselho consultivo, constituído pelos pesquisadores e por um representante de cada um dos CAPS II do município, para partilhar os rumos da pesquisa, validar dados e discutir futuros encaminhamentos.

Foram realizados os seguintes passos metodológicos:

1. convocação do conselho consultivo e definição do(s) serviço(s) a ser(em) tomado(s) como objeto de investigação. Três CAPS mais antigos foram escolhidos, cujas equipes se ofereceram como voluntárias para investigação. As equipes tinham em média 36 profissionais, sendo a metade composta por profissionais da área da saúde de nível superior (médicos psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, musicoterapeutas) e a outra metade por profissionais de nível médio, também da área da saúde, de apoio e administrativos.
2. preenchimento de uma ficha com dados da estrutura, processo e missão do serviço durante uma reunião da equipe;
3. sorteio de cinco pacientes admitidos para tratamento no CAPS e cinco pacientes encaminhados para rede de saúde em cada um dos três CAPS estudados, perfazendo um total de 30 pacientes sorteados, 15 admitidos para tratamento no CAPS e 15 encaminhados para a rede de saúde. Para o sorteio partiu-se do universo de todos os pacientes admitidos para tratamento no CAPS ou encaminhados para tratamento na rede de saúde nos seis meses que antecederam o início da pesquisa;
4. discussão de cada caso sorteado nas reuniões de equipe, utilizando um roteiro que buscava informações sobre quem encaminhou o paciente ao CAPS, quem o recebeu no CAPS, o motivo do primeiro atendimento, a impressão diagnóstica e o encaminhamento dado ao caso;

5. retorno aos CAPS após seis meses do sorteio para conhecer o destino dos pacientes inicialmente matriculados e encaminhados, por meio de pesquisa em prontuário, informações da equipe e dos próprios pacientes e/ou familiares.

As reuniões de equipe foram gravadas, transcritas e seus conteúdos analisados.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psiquiatria do Rio de Janeiro.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Dos 30 casos sorteados, três foram excluídos da amostra final por não terem sido resolvidos (os pacientes haviam sido incluídos nos grupos de matriculados ou encaminhados no CAPS, mas em análise posterior, observou-se que eles não pertenciam de fato a tais grupos). Assim, não foi possível alocá-los em nenhum dos dois grupos de desfecho – admitido para tratamento no CAPS ou encaminhado para tratamento na rede de saúde. Dos 27 restantes, 13 foram encaminhados para a rede de saúde e 14 para os CAPS.

Na primeira visita aos CAPS, observamos a existência de diferentes concepções sobre os objetivos do serviço e sobre a constituição da clientela-alvo. No entanto, as três equipes estudadas concordaram quanto ao CAPS ser o local mais apropriado para o acolhimento da clientela “grave”.

Os motivos alegados pelas equipes dos serviços para admitir os 14 pacientes no CAPS foram: ter sido classificado como “esquizofrênico” e/ou “psicótico grave” (n=7), não possuir uma rede social, mantendo-se isolados e com dificuldade de interação social (n=5), história de diversas internações psiquiátricas (n=3), apresentar “retardo mental de moderado a grave” (n=2), apresentar “empobrecimento” (n=2), falta de instituições apropriadas na rede (n=2), apresentar “resistência ao tratamento ambulatorial” (n=2), ter sido encaminhado por outro CAPS (n=2), desinstitucionalização (pacientes da área do CAPS egressos de longas internações psiquiátricas, n=2), mostrar “mudança de comportamento e recusa a sair de casa” (n=1) e “não-adesão ao tratamento medicamentoso” (n=1). Para um mesmo paciente, mais de um motivo poderia ser alegado.

Em relação aos 13 pacientes encaminhados, foram utilizados como critérios: diagnóstico de “quadro dissociativo” (n=1), “medo” (n=1), “irritabilidade” (n=1) “depressão” (n=1), “epilepsia” (n=1), “transtorno do humor” (n=1), bem como boa adesão a tratamento ambulatorial prévio (n=9) e bom suporte familiar (n=3). Todos os pacientes foram encaminhados para serviços de psiquiatria/saúde mental de ambulatorios de centros de saúde, exceto um que foi encaminhado para um centro especializado em psicogeriatría (um quadro de demência alcoólica).

Em relação à continuidade de cuidado seis meses após a decisão de admissão ou encaminhamento do paciente, dos 14 pacientes admitidos no CAPS, cinco permaneceram em tratamento, cinco foram encaminhados para outro local de tratamento na rede e quatro tiveram seu destino de tratamento desconhecido (sem qualquer informação no prontuário no mínimo por seis meses que antecederam a consulta ao mesmo e sem sucesso na tentativa de contato – em geral telefônico – com o paciente e/ou a família).

Dos 13 pacientes encaminhados para a rede básica, sete permaneceram em tratamento na rede ambulatorial, dois retornaram para tratamento no CAPS e quatro tiveram seu destino de tratamento desconhecido (sem qualquer informação no prontuário no mínimo por seis meses que antecederam a consulta ao mesmo e sem sucesso na tentativa de contato – em geral telefônico – com o paciente e/ou a família).

A admissão ou encaminhamento dos pacientes nos três CAPS da rede municipal de saúde do Rio de Janeiro baseou-se em um entrecruzamento de cinco aspectos – diagnóstico, sintomatologia, indicadores de prognóstico, suporte social/autonomia, rede de serviços de saúde disponível. Esses aspectos foram:

- diagnóstico – por exemplo, enquanto diagnósticos de esquizofrenia tendem a levar à admissão para tratamento no CAPS; diagnósticos de transtornos dissociativos, ansiedade ou depressivos leves tendem a gerar um encaminhamento para a rede de saúde;
- sintomatologia – pacientes em quadro psicótico agudo ou com sintomatologia negativa importante (empobrecimento) tendem a ser admitidos, e pacientes estabilizados, sem sintomatologia psicótica no momento tendem a ser encaminhados;
- melhor ou pior prognóstico – história de inúmeras internações anteriores, uso de álcool e drogas, não-adesão a tratamento ambulatorial tendem a gerar admissão do paciente. Boa resposta ao tratamento clínico, estabilização com o tratamento, boa adesão ao tratamento medicamentoso e boa adesão ao ambulatório tendem a gerar encaminhamento do paciente;
- grau de suporte social/autonomia do paciente – afastamento da família, afastamento social, saída do sistema penitenciário ou alta após uma longa internação (desinstitucionalização) gerariam admissão e bom suporte social e familiar e boa autonomia, favoreceriam o encaminhamento;
- constituição da própria rede de saúde – a ausência de serviços na rede para acompanhamento dos

pacientes ou a indisponibilidade de vagas levam a gerar admissão, independentemente do diagnóstico ou situação sintomática e de suporte do paciente naquele momento.

Não há consenso na literatura sobre a definição para paciente com transtorno mental severo e persistente (TMSP). No entanto, as portarias do Ministério da Saúde classificam um paciente com TMSP como elegível para o CAPS (Portaria 224/MS e 336/MS).^a

Artigo de revisão de Schinnar et al¹¹ (1990) mostra 17 definições de TMSP ao longo dos anos 1980. A definição do *National Institute of Mental Health* (NIMH)¹¹ foi elaborada por um grupo de trabalho instituído em 1987 visando a um consenso sobre TMSP. A definição baseia-se em três aspectos: a) confirmação de diagnósticos de psicose não orgânica ou transtorno de personalidade; b) incapacidades (avaliado por meio do *Global Assessment of Function – GAF*)¹¹ que apresentem pelo menos três das seguintes disfunções – comportamento social demandando intervenção pelo sistema de saúde ou judiciário, prejuízo leve nas atividades da vida diária ou necessidades básicas, déficit moderado no funcionamento social, déficit moderado na performance de trabalho, déficit moderado nas performances não ligadas ao trabalho; c) duração, no qual considera-se a história de dois anos de doença mental ou de tratamento por dois anos ou mais.

Em 2000, Ruggeri et al¹⁰ apresentaram e testaram uma segunda definição de TMSP do NIMH, conhecida como definição “ampla” por utilizar apenas dois dos critérios da definição estreita, quais sejam, incapacidades e tempo de tratamento, excluindo a questão do diagnóstico da definição.

Ruggeri et al¹⁰ concluem que a definição estreita de TMSP deixa de lado grande parte dos pacientes caso fossem utilizados apenas os critérios de tempo de contato com serviços e incapacidade (definição mais ampla). Esses autores, ao aplicar a definição ampla, encontraram que 58% dos pacientes da amostra tinham diagnóstico de psicose e 42% não. O que fica em questão é a legitimidade em deixar de considerar uma proporção grande de pacientes no planejamento de serviços para portadores de TMSP. Na análise exploratória dos dados, os diagnósticos de não-psicose que surgiram com maior frequência foram os de transtorno de personalidade, alcoolismo e uso de outras drogas.¹¹

Em relação às duas definições do NIMH (estreita e ampla)^{10,11} é possível afirmar que os profissionais dos CAPS utilizam parte da definição estreita, baseada no diagnóstico (principalmente transtornos do espectro da esquizofrenia) e incapacidade ($GAF \leq 50$, uma vez que o GAF contempla aspectos da sintomatologia, indicadores

^a Ministério da Saúde. Portaria nº. 224, de 29 de janeiro de 1992. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em Saúde Mental. *Diário Oficial Uniao*. 30 jan. 1992; Seção 1;1168.

de prognóstico, suporte social e autonomia). Não há referência formal entre os profissionais do CAPS a respeito do tempo de tratamento, embora as falas e consultas aos prontuários ilustrem a ideia de pacientes com história de longo tratamento psiquiátrico e várias internações prévias. Por um lado, não há sistematização desses critérios e por outro, a literatura mostra que a questão do diagnóstico pode limitar a absorção de um contingente importante de pacientes considerados portadores de TMSP ao se utilizar a definição ampla.¹⁰ No Brasil, há dois tipos de serviços para os portadores adultos de TMSP: os CAPS II e os CAPSad. É possível que os CAPS estejam selecionando os pacientes a partir de uma definição estreita de TMSP (diagnóstico de psicose), enquanto que os CAPSad selecionam os pacientes alcoolistas e em uso de outras drogas. De toda forma, permanece a questão de onde os portadores de transtornos de personalidade sem co-morbidade com uso de álcool e drogas são tratados.

Estudos prévios (Phelan 2001,⁹ Parabiaghi 2006⁷) são controversos quanto aos benefícios dessa sistematização dos critérios de absorção dos pacientes nos CAPS segundo a definição ampla do NIMH,¹¹ mas o presente estudo indica que este poderia ser um desdobramento interessante.

O fato de não sido ter identificada informação sobre o destino e/ou tratamento de oito (29,6%) em 27 pacientes indica a necessidade de melhorar o acompanhamento dos pacientes nos CAPS.

Estudos brasileiros, como o de Melo & Guimarães⁶ (2005), relatam uma taxa ainda maior de abandono de tratamento nos CAPS. Em revisão de 295 prontuários médicos em Belo Horizonte (MG), os autores encontraram uma taxa de 39,2% de abandono de tratamento. Pelisoli & Moreira⁸ (2005) encontraram uma taxa de 54% de não retorno ao tratamento entre os pacientes que tiveram uma primeira consulta no CAPS de Osório (RS).

Na literatura internacional, revisão sistemática de Simmonds et al¹² (2001) encontrou uma taxa de 33% de abandono de tratamento entre pacientes recebendo cuidado por uma equipe comunitária em saúde mental. O cuidado comunitário é oferecido por equipes multidisciplinares localizadas fora do espaço hospitalar e reúne intervenções dirigidas às necessidades específicas dos pacientes, semelhantemente aos CAPS brasileiros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme mencionado anteriormente, os CAPS são serviços de base territorial imbuídos de várias funções, que vão desde o acompanhamento dos pacientes com

TMSP até a organização da rede de saúde mental de sua área de abrangência. Essa diversidade é própria de um serviço com características de atenção psicossocial no território, mas em um grande centro como o Rio de Janeiro essa lógica de funcionamento no território implicaria uma rede de atenção à saúde mental estruturada e bem articulada, sobretudo com a atenção primária. Em nenhum dos 27 casos estudados houve articulação com Programa de Saúde da Família (PSF) ou Programa de Agentes Comunitários de Saúde, ainda que o Ministério da Saúde tenha previsto em recente portaria tal articulação.^a

Além disso, a ausência de outros serviços de saúde mental na área que possam absorver pacientes que não necessitam de tratamento nos CAPS é um problema importante no município. A rede de serviços de saúde mental e cobertura de equipes de saúde da família (atenção primária) são insuficientes em relação à densidade populacional, o que gera uma sobrecarga nos serviços de saúde disponíveis. O Ministério da Saúde instituiu o indicador CAPS/100.000 habitantes, cuja cobertura satisfatória é entre 0,46 a 0,60. O estado do Rio de Janeiro apresenta um índice de 0,31 a 0,45 e a cidade do Rio de Janeiro, com 13 CAPS para 6 milhões de habitantes^b denota insuficiência de pelo menos 17 CAPS, levando-se em conta a cobertura para uma área de 150.000 a 200.000 habitantes, preconizada por Thornicroft & Tansella, citados por Andreoli et al¹ (2004).

Além do número de serviços, há a questão da própria metodologia de acompanhamento do paciente na comunidade.

A literatura internacional refere um profissional, não necessariamente de nível superior, gerenciador de caso (*case manager*), que acompanha o paciente na comunidade (família, trabalho, estudo, tratamento), facilitando as suas ligações e a sua inserção ao sistema de tratamento na rede básica e/ou no CAPS (Bandeira et al,² 1998; Machado et al,⁵ 2007).

O técnico de referência dos CAPS não poderia desempenhar o papel de gerenciador de cuidados no território para o paciente, sendo articulador com os serviços e necessidades básicas. Isto porque geralmente ele já está sobrecarregado com o número de pacientes que acompanha. Assim, se lhe couber também fazer a articulação desse paciente em sua rede de apoio formal e informal no território, dificilmente ele poderá fazer os atendimentos que estão sob sua responsabilidade no CAPS. Portanto, o presente estudo revela a falta de um profissional de ligação entre o CAPS e o território, responsável pelo trabalho com o paciente e suas

^a Ministério da Saúde. Portaria nº. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os núcleos de apoio à saúde da família – NASF. *Diário Oficial Uniao*. 04 mar 2008; Seção 1:28-42.

^b Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Revisão 2004 de projeção da população. Brasília; 2004. [citado 2009 jun 19]. Disponível em: www.ibge.gov.br/cidadesat/

articulações (família, amigos, atividades que o paciente porventura execute, adesão à medicação, entre outros) e por sua vinculação ao CAPS. Talvez esse profissional possa ser o agente comunitário de saúde das equipes de PSF, uma vez que a presença de profissionais da área de saúde mental, incluindo psiquiatras, está prevista em recente portaria do Ministério da Saúde, instituindo os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).^a Os achados do presente estudo mostram, em um grande centro urbano como o Rio de Janeiro, a inviabilidade

de que o profissional vinculado ao CAPS seja responsável, de forma satisfatória, tanto pelo atendimento no serviço quanto na comunidade.

AGRADECIMENTOS

Ao Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, à Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e ao Instituto Franco Basaglia por possibilitar acesso aos dados; às equipes dos CAPS estudados.

REFERÊNCIAS

1. Andreoli SB, Ronchetti SS, Miranda ALP, Bezerra CRM, Magalhaes CCPB, Martin D, Pinto RMF. Utilização dos centros de atenção psicossocial na cidade de Santos, São Paulo Brasil. *Cad Saude Publica*. 2004;20(3):836-442.
2. Bandeira M, Gelinas D, Lesage A. "Desinstitucionalização: o programa de acompanhamento intensivo na comunidade". *J Bras Psiquiatr*. 1998;47(12):627-40.
3. Cousins JB, Whitmore E. Framing participatory evaluation. *New Dir Eval*. 1998;1998(80):5-23.
4. Guba EG, Lincoln YS. Fourth generation evaluation. Newbury Park: Sage; 1990.
5. Machado LF, Dahl CM, Carvalho MCA, Cavalcanti MT. Programa de tratamento assertivo na comunidade (PACT) e gerenciamento de casos (*case management*): revisão de 20 anos da literatura. *J Bras Psiquiatr*. 2007;56(3):208-18. DOI: 10.1590/S0047-20852007000300009
6. Melo AP, Guimarães MD. Factors associated with psychiatric treatment dropout in a mental health reference center, Belo Horizonte. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005;27(2):113-8. DOI: 10.1590/S1516-44462005000200008
7. Parabiaghi A, Bonetto C, Ruggeri M, Lasalvia A, Leese M. Severe and persistent mental illness: a useful definition for prioritizing community – based mental health service interventions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006;41(6):457-63.
8. Pelisoli CL, Moreira AK. Caracterização epidemiológica dos usuários do CAPS Casa Aberta. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2005;27(3):270-77. DOI: 10.1590/S0101-81082005000300006
9. Phelan M, Sells J, Leese M. The routine assessment of severity amongst people with mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2001;36(4):200-6.
10. Ruggeri M, Leese M, Thornicroft G, Bisoffi G, Tansella M. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *Br J Psychiatry*. 2000;177:149-55.
11. Schinnar AP, Rothbard AB, Kanter R, Jung YS. An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *Am J Psychiatry*. 1990;147(12):1602-8.
12. Simmonds S, Coid J, Joseph P, Marriot S, Tyrer P. Community mental health team management in severe illness: a systematic review. *Br J Psychiatry*. 2001;178: 497-502.

Pesquisa financiada pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ) (Proc. nº E-26/170.606/2005). Artigo submetido ao processo de julgamento por pares adotado para qualquer outro manuscrito submetido a este periódico, com anonimato garantido entre autores e revisores. Editores e revisores declaram não haver conflito de interesses que pudesse afetar o processo de julgamento do artigo. Os autores declaram não haver conflito de interesses.

^a Ministério da Saúde. Portaria no. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os núcleos de apoio à saúde da família – NASF. *Diário Oficial União*. 04 mar 2008; Seção 1:28-42.