

Indicadores do atendimento psicológico no ambulatório do Sistema Único de Saúde: Um estudo de caso

Indicators of psychological care in the outpatient clinic of the Unified Health System: A case study

Indicadores de la atención psicológica en el ambulatorio del Sistema Único de Salud: Un estudio de caso

Recebido: 21/03/2024 | Revisado: 30/03/2024 | Aceitado: 01/04/2024 | Publicado: 03/04/2024

Ellen Ingrid Souza Aragão

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5081-4788>
Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil
E-mail: ellen.aragas@gmail.com

Kali Vênus Gracie Alves

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8423-8387>
Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil
E-mail: kali Alves2015@gmail.com

Mônica Rodrigues Campos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7443-5977>
Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ, Brasil
E-mail: monicarodriguescampos@gmail.com

Marcelo Henrique da Costa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0983-6061>
Universidade Veiga de Almeida, Brasil
E-mail: marcelohenriquedacosta@gmail.com

Sandra Fortes

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9918-1555>
Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil
E-mail: sandrafortes@gmail.com

Resumo

Este artigo visa estudar os indicadores associados ao abandono e a alta em psicoterapia por pacientes atendidos no SUS, por meio de um censo realizado em ambulatório de saúde mental integrado ao SUS e parte das unidades assistenciais de uma universidade. De caráter exploratório, retrospectivo, transversal, documental e quantitativo, a pesquisa iniciou-se em 2019, analisando as agendas dos psicólogos que atenderam no ambulatório em 2017. Com uma amostra de 252 pacientes, os dados foram coletados a partir de agendas, planilhas de acompanhamento de casos e prontuários eletrônicos. Indicadores foram construídos para avaliar a assistência prestada, e a análise estatística utilizou testes qui-quadrado e teste-t de diferença de média. Os resultados revelaram que 46% dos pacientes abandonaram a psicoterapia, 38% continuaram em tratamento, 15% receberam alta e 1% foi encaminhado para outros serviços. Indicadores como "faltas" ($p=0,000$) e "qualificação do plano terapêutico" ($p=0,016$) mostraram associações estatisticamente significativas com o abandono do tratamento. Já para o desfecho "alta", houve associação significativa entre baixa gravidade do diagnóstico psiquiátrico ($p=0,04$), maior número de consultas efetivadas ($p=0,018$) e menor proporção de faltas ($p=0,000$). A média de consultas efetivadas por paciente que obteve alta foi de 7,2 consultas. Essas análises corroboram tendências observadas na literatura sobre a importância do estudo dos fluxos de agendamento, taxas de falta à primeira consulta, abandono de tratamento e características dos atendimentos psicológicos em serviços de saúde pública.

Palavras-chave: Psicoterapia; Pacientes Desistentes do Tratamento; Serviços de Saúde Mental; Saúde Pública.

Abstract

This article aims to study the indicators associated with dropout and discharge in psychotherapy by patients treated within the Brazilian Unified Health System (SUS), through a census conducted in a mental health outpatient clinic integrated with SUS and part of the care units of a university. Of an exploratory, retrospective, cross-sectional, documentary, and quantitative nature, the research began in 2019, analyzing the schedules of psychologists who worked at the outpatient clinic in 2017. With a sample of 252 patients, data were collected from schedules, case monitoring spreadsheets, and electronic medical records. Indicators were constructed to assess the care provided, and statistical analysis used chi-square tests and t-test for mean differences. Results revealed that 46% of patients dropped out of psychotherapy, 38% continued in treatment, 15% were discharged, and 1% were referred to other services. Indicators such as "no-shows" ($p=0.000$) and "qualification of the therapeutic plan" ($p=0.016$) showed statistically

significant associations with treatment dropout. For the "discharge" outcome, there was a significant association with low severity of psychiatric diagnosis ($p=0.04$), a higher number of completed appointments ($p=0.018$), and a lower proportion of missed appointments ($p=0.000$). The mean number of completed appointments per patient who was discharged was 7.2 appointments. These analyses support trends observed in the literature regarding the importance of studying appointment scheduling flows, first appointment attendance rates, treatment dropout, and characteristics of psychological care in public health services.

Keywords: Psychotherapy; Treatment Dropout; Mental Health Services; Public Health.

Resumen

Este artículo tiene como objetivo estudiar los indicadores asociados con la deserción y el alta en psicoterapia por pacientes atendidos en el SUS, a través de un censo realizado en un ambulatorio de salud mental integrado al SUS y parte de las unidades asistenciales de una universidad. De carácter exploratorio, retrospectivo, transversal, documental y cuantitativo, la investigación comenzó en 2019, analizando las agendas de los psicólogos que atendieron en el ambulatorio en 2017. Con una muestra de 252 pacientes, los datos se recopilaron a partir de agendas, hojas de seguimiento de casos y expedientes electrónicos. Se construyeron indicadores para evaluar la asistencia prestada, y el análisis estadístico utilizó pruebas de chi-cuadrado y t de Student para diferencias de medias. Los resultados revelaron que el 46% de los pacientes abandonaron la psicoterapia, el 38% continuaron en tratamiento, el 15% fueron dados de alta y el 1% fue referido a otros servicios. Indicadores como "faltas" ($p=0,000$) y "calificación del plan terapéutico" ($p=0,016$) mostraron asociaciones estadísticamente significativas con el abandono del tratamiento. Para el desenlace "alta", hubo una asociación significativa con una baja gravedad del diagnóstico psiquiátrico ($p=0,04$), un mayor número de citas efectuadas ($p=0,018$) y una menor proporción de ausencias ($p=0,000$). El promedio de citas efectuadas por paciente que recibió el alta fue de 7,2 citas. Estos análisis corroboran las tendencias observadas en la literatura sobre la importancia del estudio de los flujos de agendamiento, tasas de ausencia a la primera consulta, abandono del tratamiento y características de la atención psicológica en servicios de salud pública.

Palabras clave: Psicoterapia; Pacientes Desistentes del Tratamiento; Servicios de Salud Mental; Salud Pública.

1. Introdução

A psicologia brasileira desempenha um papel fundamental na saúde pública, que é refletido no número crescente de psicólogos contratados pelo SUS. Prova disso, tem-se no início dos anos 2000, Dimenstein (2001) que identifica o serviço público como maior empregador de psicólogos no Brasil. Além disso, Daltro e Pondé (2017) sinalizam em 2006, o montante de 14.407 psicólogos atuando no SUS (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES), sendo que em 2015 houve um crescimento de 243% somando um total de 49.412 psicólogos atuando no SUS.

A pandemia de COVID-19 exacerbou quadros de estresse, ansiedade e depressão, resultando no aumento da demanda por suporte psicológico e ampliando os desafios enfrentados pelo SUS para fornecer serviços de qualidade no tocante à saúde mental (Schmidt et al., 2020). Nos serviços do SUS, foram identificados impasses entre as demandas dos pacientes e a oferta de suporte psicológico (Cerioni & Herzberg, 2016; Costa, 1989; Dimenstein, 2000). Assim, levantando questionamentos sobre os critérios utilizados por psicólogos na escolha das técnicas, dos recursos de trabalho e se estes atendem adequadamente às necessidades e expectativas dos pacientes, visando à redução do sofrimento emocional e à assistência adequada aos distúrbios psicológicos e psiquiátricos na população atendida no SUS (Costa, 1989).

Estudos versam a atuação de psicólogos no SUS e indicam a predominância de práticas baseadas no modelo de atendimento particular, sem considerar a adequação entre expectativas, necessidades dos pacientes e a oferta de cuidado no SUS (Amaral & Escóssia, 2021; Cintra & Bernardo, 2017; Ferreira, 2010; Jimenez, 2011; Lima, 2005; Macedo & Dimenstein, 2011; Medeiros, 2020; Nepomuceno et al., 2021; Souza & Mendonça, 2020.). Esta abordagem tradicional, clássica e privada, negligencia outras possíveis ferramentas teóricas e técnicas mais adequadas, além de levar a críticas para a atuação do psicólogo no SUS (Souza & Mendonça, 2020).

Constatou-se ainda que a compreensão das múltiplas formas de organização da vida dos pacientes, da abordagem dos problemas sociais, do reconhecimento das relações sociais de poder e do contexto sociocultural do paciente amplia a visão do terapeuta frente às demandas dos mesmos (Athié et al., 2017; Costa, 1989; Lima, 2005). Portanto, considerar o contexto sociocultural, político, econômico e ambiental dos pacientes é fundamental para compreender seus conflitos e adoecimento. A

negligência destas dimensões reforça uma subjetividade individualista, e sustenta um impasse entre as necessidades e as expectativas dos pacientes além das intervenções psicológicas propostas (Boing & Crepaldi, 2010; Cerioni & Herzberg, 2016; Dimenstein, 2000).

A pesquisa de Campos e Guarido (2007) assinala que a assistência psicológica adequada às necessidades dos pacientes impacta na redução da busca excessiva por consultas nas unidades de saúde, uma vez que acolhe a demanda emocional manifestada através das queixas difusas que motivam a marcação de múltiplas consultas médicas a procura de diagnóstico e tratamento. Ademais, o suporte psicológico possibilita a redução do uso inadequado de psicotrópicos e o aumento da qualidade de vida destes pacientes (Costa, 1989; Dimenstein, Siqueira, Macedo, Leite & Dantas, 2017).

Para analisar as diferenças entre as demandas de pacientes nos contextos de atendimento público e privado, Costa (1989) investigou as demandas dos pacientes em serviços ambulatoriais públicos de saúde mental, destacando as discrepâncias entre àquelas apresentadas por pacientes que frequentam consultórios particulares. O autor critica a falta de sensibilidade teórico-técnica, nas concepções clínicas, enfatizando a importância de considerar os aspectos culturais associados à psicopatologia.

A ineficácia dos atendimentos pode ser atribuída a vários fatores, incluindo: preconceitos que orientam a escuta dos profissionais e conseqüentemente suas práticas; conflitos nas representações de pessoa, de saúde, de doença e de corpo entre paciente e psicólogo; a seleção e hierarquização da clientela por profissionais; a psicologização dos problemas sociais; e uma formação acadêmica focada no modelo clínico tradicional voltado para atendimento particular (Camargo-Borges & Cardoso, 2005; Dimenstein, 2000; Jimenez, 2011; Medeiros, 2020) . Esses fatores prejudicam a formação do vínculo terapêutico e afetam a condução do processo psicoterapêutico, aumentando a percepção de exclusão nos pacientes que não atendem as expectativas do terapeuta (Benetti & Cunha, 2008; Cerioni & Herzberg, 2016; Dimenstein, 2000).

No Brasil, a graduação em psicologia concentra esforços na formação de profissionais para atendimento clínico individual à pacientes com possibilidade de custear o tratamento. No entanto, essa formação não prepara adequadamente os profissionais para considerar a integralidade dos pacientes, a compreender as demandas prevalentes no SUS e valorizar a abordagem multidisciplinar exigida pelas complexidades dos contextos sociais dos usuários (Daltro & Pondé, 2017; Fermino et al., 2009; Lima, 2005; Souza & Mendonça, 2020). Ademais, a falta de disciplinas e estágios voltados para o trabalho no SUS, entre outros fatores, revelam baixa integração entre teoria e prática na formação dos psicólogos, limitando o desenvolvimento do cuidado ao usuário (Ferreira & Soares, 2021). Portanto, cabe aos psicólogos buscarem por qualificação por meio de programas de pós-graduações e residências (Souza & Mendonça, 2020). Tamanha fragilidade na formação dos profissionais cria uma lacuna entre a proposta de cuidado em saúde mental, no SUS, e a capacidade dos psicólogos de fornecerem esse cuidado (Dimenstein, 2000).

Dos conflitos entre expectativas de pacientes e expectativas de psicólogos emergem problemas como: elevado índice de ausências, consultas subutilizadas, abandono, dificuldades na comunicação, esgotamento dos agendamentos por faltas e resultados aquém dos pretendidos (Medeiros, 2020; Pessota et al., 2020). Esses comportamentos muitas das vezes são atribuídos à falta de implicação, de interesse ou de compreensão dos objetivos da psicoterapia, resultando em ociosidade dos profissionais, em razão das lacunas nas agendas, além de expressiva demanda de pacientes que permanecem desassistidos (Bock, 2002; Cerioni & Herzberg, 2016; Costa, 1989; Dimenstein, 2000;).

A desistência e a interrupção precoce da psicoterapia são identificadas como problemas com implicações na trajetória de saúde dos indivíduos, bem como em termos de custo emocional, econômico e social (Bueno et al., 2001). No que tange ao custo econômico associado ao absentismo dos pacientes, Oliveira et al. (2020) conduziram uma avaliação do impacto financeiro decorrente do não comparecimento às consultas agendadas em um ambulatório de Atenção Psicossocial. Identificou-se que o custo total do absentismo foi de R\$396 mil por ano. O custo médio por consulta por paciente atendido foi

calculado em R\$252,95, enquanto o custo médio por paciente agendado foi de R\$202,92. Esses custos abrangem uma variedade de recursos materiais e humanos incluindo o pagamento dos profissionais e infraestrutura necessária para o funcionamento do ambulatório.

Na literatura não há uniformidade dos motivos para o abandono, sendo apontados fatores socioeconômicos, sócio demográficos, pertencimento a grupos minoritários, características específicas dos pacientes, variáveis do tratamento, variáveis do terapeuta, variáveis interpessoais e variáveis institucionais (Benetti & Cunha, 2008; Bueno et al., 2001; Cerioni & Herzberg, 2016; Dimenstein, 2000; Pessota et al., 2020).

Para atender ao perfil específico de necessidades desta população em sofrimento mental é necessária a integração de abordagens alternativas ao modelo tradicional; fazendo uso de intervenções terapêuticas personalizadas e adaptadas a cada nível de assistência à saúde. Essa proposta de atuação destaca a importância da estruturação de uma rede de cuidados entre diversas unidades ou níveis de saúde (equipe da estratégia de saúde da família, unidade básica, serviços de especialidades e rede hospitalar), havendo comunicação entre os diversos pontos da rede (Andrade et al., 2016; Campos & Guarido, 2007; Macedo & Dimenstein, 2019; Menezes et al., 2019).

O SUS para garantir assistência integral nos diversos níveis de atenção à saúde, organiza a oferta de serviços por redes de atenção, seguindo uma estrutura piramidal. Na base, estão os serviços de atenção primária; em seguida, os de média complexidade; e no topo, os de alta complexidade (Brasil, 2001). O suporte à saúde mental é responsabilidade da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Nessa rede, pacientes com transtornos mentais leves, capazes de manter suas atividades sociais e de trabalho, recebem acompanhamento na Atenção Primária (Damous & Erlich, 2017; Ribeiro et al., 2010).

O dispositivo adequado para prestar a assistência psicológica especializada, no SUS, é o ambulatório, onde pacientes com quadros mais agravados, porém funcionais, são encaminhados para os especialistas. Uma pequena parcela dos pacientes que necessitam de atendimento psicológico busca por serviços privados, entretanto o grupo que não dispõe de recursos financeiros mantém-se nessa lacuna dos serviços públicos desassistidos (Damous & Erlich, 2017; Ribeiro et al. 2010; Tesser & Poli, 2017). Os pacientes assistidos em nível ambulatorial são aqueles que apresentam transtornos mentais comuns e de intensidade moderada, os quais necessitam de atendimento especializado, regular e específico para suas demandas, contudo suportam a espera do primeiro atendimento e o intervalo entre as consultas subsequentes, desde que a assistência seja continuada (Damous & Erlich, 2017; Ribeiro, et al, 2010).

A oferta dos serviços especializados pela RAPS apresenta-se insuficiente, fato que é demonstrado através das filas de espera e carência de dispositivos especializados (Campezatto & Nunes, 2007). Isso ocorre em razão da ausência de definições das diretrizes operacionais, do formato organizacional e de recursos substanciais que impulsionem a ampliação e estruturação da atenção especializada. A portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que estabelece a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como política nacional de saúde mental, inicialmente não incluiu o ambulatório em sua abrangência. Somente em 2017, houve a inclusão do ambulatório na política nacional de saúde mental. Fato que reconhece sua relevância como componente fundamental na oferta de serviços de saúde mental à população. Essa atualização representou um avanço significativo, garantindo uma abordagem mais abrangente e inclusiva no atendimento às necessidades de saúde mental da comunidade, visando uma assistência mais integral e eficaz.

A literatura aponta ainda o abandono da psicoterapia como questão relevante, cujo estudo possibilita a compreensão dos fatores que interferem na desistência do tratamento (Benetti & Cunha, 2008; Pessota *et al.*, 2020). No abandono ocorre a interrupção do tratamento sem acordo com o terapeuta sobre a mudança da frequência ou finalização do processo psicoterapêutico. Logo, estudar o abandono em psicoterapia é essencial para aprimorar a qualidade dos serviços de saúde mental, promover a adesão dos pacientes ao tratamento e contribuir para uma compreensão mais ampla e eficaz da prática terapêutica.

Todavia, existe uma lacuna entre a demanda por assistência à saúde mental na população e o acesso garantido pelo SUS (Dimenstein et. al., 2017; Lo Bianco et al., 1994). A análise realizada por Souza et al. (2012) destaca a escassez de estudos que discutam propostas a respeito da clínica psicológica para usuários do SUS, incluindo aspectos como a produtividade dos profissionais, as prioridades adequadas a essa realidade e o acompanhamento dos resultados, além da revisão das políticas específicas para esta área. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em países de alta renda, em média 35% e 50% das pessoas com transtornos mentais não recebem tratamento adequado, e esse percentual é ainda maior em países de baixa e média renda, chegando a 76% e 90%. Essa lacuna, de tratamento em saúde mental, destaca a necessidade de estudos que contribuam para aumentar a oferta de tratamento e melhorar a qualidade do atendimento prestado à população (OMS, 2010).

Este artigo visa estudar os indicadores associados ao abandono e a alta em psicoterapia por pacientes atendidos no SUS, por meio de um censo realizado em ambulatório de saúde mental integrado ao SUS e parte das unidades assistenciais de uma universidade. Estudos anteriores ressaltam a importância de investigar fatores relacionados ao abandono, como fatores sociodemográficos, variáveis clínicas (do paciente e do terapeuta), características do tratamento e fatores institucionais (Benetti & Cunha, 2008; Pessota et al, 2020). O abandono e a alta do tratamento foram escolhidos como os desfechos principais desta pesquisa, os quais serão definidos na metodologia.

2. Metodologia

2.1 Cenário do estudo

A Policlínica Piquet Carneiro (PPC) originou-se de uma unidade assistencial de Pronto Atendimento Médico (PAM) do município do Rio de Janeiro incorporada pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) em 1995, este dispositivo está integrado ao SUS.

A pesquisa teve início em 2019, examinando as agendas dos psicólogos que atendiam no ambulatório do Núcleo de Saúde Mental em 2017. Essa seleção foi feita considerando que, em 2016, não havia sistema de prontuário eletrônico, e em 2018 ocorreu uma mudança no sistema de agendamento de consultas e prontuários eletrônicos, resultando na perda de informações. Portanto, os dados de 2017 foram considerados mais fidedignos.

Em 2017, o Núcleo de Saúde Mental (NSM) contava com nove psicólogos, três servidoras/Staff's e seis alunos do curso de especialização em Psicologia Médica. As psicólogas (Staff's) atendiam pacientes em acompanhamento de médio e longo prazo, casos mais graves. Os alunos da especialização utilizaram como referência o modelo de Psicoterapia Breve, cujo manejo da demanda preconiza trabalhar com uma psicoterapia focal entre 08 a 10 sessões (Fiorini, 2008).

2.2 Participantes

Foram estudados todos os agendamentos para atendimento psicológico de janeiro a dezembro de 2017, somando um total de 252 pacientes, os quais compõem a população estudada de usuários da PPC policlínica universitária vinculada ao SUS, na cidade do Rio de Janeiro/RJ, Brasil.

O critério de inclusão foi estabelecido através da análise dos pacientes que realizaram ao menos uma consulta efetivada com psicólogos do Núcleo de Saúde Mental. Em 2017 foram identificados 252 pacientes agendados, dos quais 36 (14,3%) não compareceram à primeira consulta. Aplicando o critério de inclusão ao banco de dados, esses 36 pacientes foram excluídos resultando em um total 216 pacientes estudados.

2.3 Procedimentos

O estudo configura-se como exploratório, uma vez que investiga o fluxo dos atendimentos psicológicos em um

ambulatório do SUS, uma temática pouco explorada na literatura, com o intuito de identificar novas perspectivas e gerar questionamentos que possam motivar investigações futuras. Adicionalmente, trata-se de um estudo retrospectivo, pois analisa registros previamente coletados para investigar as relações entre os indicadores e os desfechos. Além disso, é classificado como um estudo documental, uma vez que realiza a análise de registros escritos preexistentes (Marconi & Lakatos, 2003). O delineamento é transversal, analisando os dados de um período específico, neste caso, o ano de 2017. Por fim, é um estudo quantitativo, utilizando referências numéricas e análises estatísticas para investigar as relações entre as variáveis (Bonita *et al.* 2010).

A coleta de dados foi realizada pela autora principal auxiliada da secretária do Núcleo de Saúde Mental. O levantamento de dados consultou: agendas, planilhas preenchidas pelos psicólogos para acompanhamento dos casos e prontuários eletrônicos. Nas planilhas de acompanhamento eram registrados: número do prontuário, nome do paciente, idade, sexo, datas dos atendimentos, registro de presença ou falta, diagnósticos - clínico, psicodinâmico e situacional familiar-, origem do paciente (unidade de saúde que fez encaminhamento), conduta terapêutica anterior, projeto terapêutico atual, observações e dificuldades no atendimento.

Os pacientes admitidos no NSM provinham de quatro vias possíveis: solicitações internas, oriundas tanto de psiquiatras do NSM quanto de outras especialidades da Policlínica, e solicitações externas, incluindo encaminhamentos do Sistema de Regulação (SISREG) e matriciamento na Atenção Primária.

Foram construídos indicadores do atendimento psicológico ambulatorial para avaliações da assistência prestada: identificação dos recursos envolvidos, organização dos processos e fluxos de atendimento realizados neste ambulatório, apresentação de informações que auxiliem a gestão no planejamento das metas e objetivos de trabalho para o ambulatório.

O indicador de “desfechos dos casos” foi estratificado em 04 possibilidades de respostas: Alta (comparecimento à última consulta agendada, sem agendamentos posteriores), Abandono (ausência a dois agendamentos consecutivos, sem agendamentos posteriores), em atendimento (sem registros de duas faltas consecutivas, com a última consulta agendada efetivada), Encaminhados (registro de encaminhamento para grupo ou outros serviços).

A variável de desfecho “abandono” foi classificada em três subcategorias: não abandonou - paciente com agendamentos futuros -, abandono precoce – paciente compareceu em até duas consultas efetivadas antes do abandono, abandono tardio – abandono após três ou mais consultas efetivadas -. Para análise da variável abandono, foi considerado o seguinte parâmetro: sim - duas faltas consecutivas e ausência de agendamentos posteriores; não – faltas intercaladas ou justificadas com consultas efetivadas subsequentes as faltas.

A classificação de “gravidade do diagnóstico psiquiátrico” considerou as respostas (Leve – casos estáveis sem relatos de piora ou alterações da gravidade; Moderado – casos com relatos de agravos ao longo do período estudado; Grave – casos com gravidade elevada, registros de ideação suicida e tentativas prévias, além de casos de suicídio na família, entre outros registros de gravidade).

Nessa perspectiva, o indicador comorbidade foi estruturado considerando o registro de dois ou mais diagnósticos para o mesmo paciente; todavia a categorização da variável, compreende as respostas: “Não” – em casos com registro de um único diagnóstico; e “Sim” – para casos com registro de dois ou mais diagnósticos.

A “gravidade do diagnóstico psicodinâmico” foi representada pelas respostas “sim e não” (sim – casos com registros de perdas, conflitos e crises; não - registros de aceitação e bom andamento do processo psicoterapêutico).

O indicador de “Vulnerabilidade Situacional Familiar” utilizou a Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi como referência teórica, a qual avalia o risco social e de saúde familiar (Savassi *et al.*, 2012). O escore total é a soma dos fatores de agravo identificados, sendo eles: Doença crônica na família (1 ponto por integrante), risco socioeconômico (1 ponto por item - escolaridade e renda), casos de violência, abuso de substâncias e ausência da rede de apoio (1 ponto por item). Igualmente, o

escore total do indicador neste estudo, consistiu na soma dos itens identificados no diagnóstico situacional familiar de cada paciente, cuja classificação foi definida a seguir: Nenhum risco – ausência de fatores de risco, Baixo risco – 1 fator de risco, Médio risco – 2 fatores de risco, Alto risco - 3 fatores ou mais.

O indicador “acompanhamento prévio na PPC, contemplou as seguintes respostas (Sim – acompanhamento no NSM antes de 2017; Não – início em 2017 do acompanhamento).

Bem como o indicador de “qualificação do plano terapêutico” analisou as Condutas Terapêuticas anteriores e atuais registradas na planilha de acompanhamento, considerando as seguintes respostas: Sim – presença de informações específicas sobre o plano terapêutico; Não – registro exclusivo de acompanhamento em psicoterapia breve.

2.4 Análise Estatísticas

A análise descritiva calculou média e desvio padrão para as variáveis quantitativas, enquanto que para as variáveis categóricas foi calculada a frequência e o percentual. Em seguida foram estudados os desfechos abandono e alta verificando as possíveis associações com outros indicadores do atendimento psicológico.

Foram utilizados os testes qui-quadrado para as variáveis categóricas e teste-t de diferença de média para as contínuas, de modo que para ambos foi apresentado o p-valor, considerada a diferença estatisticamente significativa ao nível de significância ($p\text{-valor} \leq 5\%$). Os dados foram analisados pelo programa SPSS (*Statistical Package for the Social Science*), versão 12.0. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com parecer sob nº. 3.416.032.

3. Resultados

O perfil dos pacientes desse estudo consistiu por 76,9% de mulheres, média da idade aproximadamente 49 anos, 66,8% apresentavam comorbidades, 48,6% foram classificados como pacientes graves, 35,9% apresentaram alta vulnerabilidade familiar, 69,1% não realizavam acompanhamento psicológico prévio.

Foram analisados os desfechos dos casos durante o período de 12 meses e esta análise constatou que:

- 14,3% Não compareceu à primeira consulta
- 28% dos pacientes tiveram apenas uma consulta efetivada,
- 46% abandonaram o tratamento (dos quais 49% foram classificados como abandono precoce - até duas consultas efetivadas -, e 51% abandono tardio – após a terceira consulta -),
- 38% continuou em atendimento,
- 15% recebeu alta do acompanhamento psicológico e
- 1% foi encaminhado para atendimento em outros serviços.
- Em relação as faltas 75,9% faltaram pelo menos 1 vez

A análise das variáveis contínuas constatou a média de 200 consultas agendadas por profissional/ano, 135,66 consultas efetivadas profissional/ano e 24 pacientes profissional/ano. Os profissionais realizavam em média três turnos por semana para atendimento clínico individual e os alunos da especialização realizavam um turno por semana de atendimento.

Buscou-se analisar os dados ausentes, “missing”, para avaliar a diferença entre registros nas planilhas pelos Staffs e alunos da especialização. A análise do missing não encontrou associação entre a perda de dados e os casos de abandono, ou seja, os casos que estão sendo investigados representam aqueles que não puderam ser analisados em razão das perdas. Não houve perda seletiva em relação ao abandono.

Identificou-se associação estatisticamente significativa entre a variável “Faltas” e o “abandono”. Evidenciando assim que os pacientes que não tiveram faltas apresentaram uma proporção significativamente menor de abandono do tratamento (Tabela 1).

Tabela 1 - Análise da associação entre as variáveis clínicas e o desfecho abandono. Policlínica Piquet Carneiro - Rio de Janeiro, 2017.

VARIÁVEIS	CATEG.	ABANDONO						P-valor
		NÃO		SIM		TOTAL		
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	X ²
SEXO	TOTAL	117	100,0%	99	100,0%	216	100,0%	0,978
	F	90	76,9%	76	76,8%	166	76,9%	
	M	27	23,1%	23	23,2%	50	23,1%	
FALTA (S_N)	NÃO	40	34,2%	12	12,1%	52	24,1%	0,000
COMORBIDADE (S_N)	SIM	64	64,0%	59	70,2%	123	66,8%	0,372
GRAVIDADE PSICOD.	SIM	85	85,9%	74	91,4%	159	88,3%	0,253
GRAVIDADE DIAGNÓSTICO PSIQUIATRICO	LEVE	25	25,0%	25	30,1%	50	27,3%	0,418
	MODER.	25	25,0%	19	22,9%	44	24,0%	
	GRAVE	50	50,0%	39	47,0%	89	48,6%	
VULNERABILIDADE FAMILIAR	BAIXO	34	34,3%	29	34,1%	63	34,2%	0,867
	MÉDIO	31	31,3%	24	28,2%	55	29,9%	
	ALTO	34	34,3%	32	37,6%	66	35,9%	
ACOMPANHAMENTO PRÉVIO NSM	NÃO	64	67,4%	57	71,3%	121	69,1%	0,580
QUALIFICAÇÃO PLANO TERAPÊUTICO	NÃO	43	43,0%	50	61,0%	93	51,1%	0,016
ORIGEM AP 2.2	NÃO	84	71,8%	76	76,8%	160	74,1%	0,406
PROFISSIONAL	ALUNO	73	62,4%	70	70,7%	143	66,2%	0,198
	STAFF	44	37,6%	29	29,3%	73	33,8%	

Fonte: Elaboração própria com base nos documentos de atendimentos analisados nessa pesquisa (2017).

Analogamente, a variável "qualificação do plano terapêutico" demonstrou associação significativa com o abandono. No entanto, é importante destacar que, na amostra, 51,1% dos casos não apresentaram qualificação do plano terapêutico, enquanto entre os pacientes que abandonaram o tratamento esse percentual aumentou para 60% (ver Tabela 1). Constatando uma associação inversa estatisticamente significativa entre a qualificação do plano terapêutico e o abandono do tratamento.

Foram realizadas análises para avaliar a relação entre o desfecho de alta e a associação estatisticamente significativa com os indicadores construídos neste estudo. Foram identificadas associações estatisticamente significativas entre a gravidade do diagnóstico psiquiátrico e a alta p-valor (0,045) cujos os pacientes com quadros mais leves apresentaram maiores proporções de alta do acompanhamento psicológico (Tabela 2) e a ocorrência de faltas ao longo do tratamento apresentou associação limítrofe (0,073).

Tabela 2 - Análise da associação entre as variáveis clínicas e o desfecho Alta. Policlínica Piquet Carneiro - Rio de Janeiro, 2017.

VARIÁVEIS	Categ.	ALTA				TOTAL	P-valor	
		NÃO		SIM				
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	X ²
SEXO	Total	183	100,0%	33	100,0%	216	100,0%	0,462
	F	139	76,0%	27	81,8%	166	76,9%	
	M	44	24,0%	6	18,2%	50	23,1%	
FALTA (S_N)	NÃO	40	21,9%	12	36,4%	52	24,1%	0,073
COMORBIDADE (S_N)	SIM	104	66,7%	19	67,9%	123	66,8%	0,902
GRAVIDADE PSICOD.	SIM	137	89,5%	22	81,5%	159	88,3%	0,229
GRAVIDADE DIAGNÓSTICO PSIQUIATRICO	LEVE	41	26,5%	9	32,1%	50	27,3%	0,045
	MODER.	33	21,3%	11	39,3%	44	24,0%	
	GRAVE	81	52,3%	8	28,6%	89	48,6%	
VULNERABILIDADE FAMILIAR	BAIXO	52	33,3%	11	39,3%	63	34,2%	0,564
	MÉDIO	49	31,4%	6	21,4%	55	29,9%	
	ALTO	55	35,3%	11	39,3%	66	35,9%	
ACOMPANHAMENTO PRÉVIO NSM	NÃO	103	70,1%	18	64,3%	121	69,1%	0,544
QUALIFICAÇÃO PLANO TERAPÊUTICO	NÃO	75	48,7%	18	64,3%	93	51,1%	0,129
ORIGEM AP 2.2	NÃO	136	74,3%	24	72,7%	160	74,1%	0,848
PROFISSIONAL	EX-ALUNO	125	68,3%	18	54,5%	143	66,2%	0,124
	STAFF	58	31,7%	15	45,5%	73	33,8%	

Fonte: Elaboração própria com base nos documentos de atendimentos analisados nessa pesquisa (2017).

Da mesma forma, foram realizadas análises das variáveis contínuas utilizando o Teste -T de amostra independente e o abandono como a variável de desfecho para comparação das médias. Esta análise das variáveis de exposição identificou o abandono como sendo caracterizado por pacientes mais jovens, com menor número de consultas agendadas, menor número de consultas efetivadas e maior proporção de faltas (Tabela 3).

Tabela 3 - Análise das variáveis contínuas com os desfechos Abandono e alta. Policlínica Piquet Carneiro - Rio de Janeiro, 2017.

ESTATÍSTICAS	DESFECHOS	IDADE	Nº CONSULTAS AGENDADAS	Nº CONSULTAS EFETIVADAS	PROPORÇÃO DE FALTAS
ABANDONO					
TOTAL DA AMOSTRA = 216	TOTAL	49,3	7,6	5,5	28,2
Nº	NÃO	115	117	117	117
	SIM	90	99	99	99
MÉDIA	NÃO	52,3	8,9	7,0	18,5
	SIM	45,6	6,1	3,7	39,7
ERRO PADRÃO DA MÉDIA	NÃO	1,25	0,54	0,44	1,72
	SIM	1,74	0,53	0,38	2,20
P_VALOR TESTE-T (ABANDONO)	-	0,000	0,000	0,000	0,000
ALTA					
Nº	NÃO	173	183	183	183
	SIM	32	33	33	33
MÉDIA	NÃO	48,9	7,5	5,2	30,6
	SIM	51,7	8,5	7,2	15,3
ERRO PADRÃO DA MÉDIA	NÃO	1,17	0,44	0,34	1,70
	SIM	2,45	0,78	0,76	2,80
P_VALOR TESTE-T (ALTA)	-	0,335	0,346	0,018	0,000

Fonte: Elaboração própria com base nos documentos de atendimentos analisados nessa pesquisa (2017).

Em relação ao desfecho “alta” constatou-se que não houve diferença estatisticamente significativa com a idade e o número de consultas agendadas. A alta foi caracterizada por maior número de consultas efetivadas e menor proporção de faltas. A média de consultas efetivadas por paciente foi de 7,2 consultas (Tabela 3).

É importante sinalizar que o abandono e a alta não são os únicos desfechos desta variável, houve um grupo de pacientes que permaneceu em atendimento psicológico (38%) e um pequeno percentual de paciente que foi encaminhado para atendimentos em outros serviços (1%).

4. Discussão

Os resultados encontrados indicam uma menor proporção de abandono entre pacientes que não faltaram aos agendamentos. Observou-se que 14,3% dos pacientes não compareceram à primeira consulta, 46% abandonaram o tratamento (dos quais 49% foi caracterizado como abandono precoce e 51% tardio). Verificou-se que 75,9% faltaram pelo menos uma vez aos agendamentos. Esses achados ressaltam a importância da adesão aos agendamentos na redução do abandono. Em relação às variáveis contínuas, o abandono foi mais frequente em pacientes mais jovens, com menos consultas agendadas e efetivadas e maior proporção de ausências. Além disso, a falta de qualificação do projeto terapêutico também foi associada a uma proporção significativamente maior de abandono.

Por outro lado, a obtenção da alta pelo paciente apresentou associações significativas com um maior número de consultas efetivadas, uma menor proporção de faltas e uma menor gravidade do diagnóstico psiquiátrico.

O estudo de Oliveira et al. (2020) revelou que o índice de comparecimento as primeiras consultas em ambulatório de atenção psicossocial foi de 72,32% inferior aos 85,7% encontrados em nosso estudo. Uma hipótese para explicação do “não comparecimento à primeira consulta”, considera o modelo de encaminhamento e a compreensão do paciente sobre o encaminhamento para psicoterapia. A falta de compreensão dos benefícios pode resultar em faltas aos agendamentos. Outra hipótese questiona se houve antecedência razoável na comunicação da data do agendamento. Barcellos (2016) destacou que falhas na comunicação entre as centrais de regulação e os usuários são fatores que podem contribuir para baixos índices de presença nas primeiras consultas. O fato de que uma parte dos nossos pacientes são originários do matriciamento, pode explicar a menor taxa de não comparecimento a primeira consulta nesse estudo, devido a que este processo de trabalho promove um cuidado integrado em rede e no território. A brevidade no agendamento pode manter o interesse do paciente na psicoterapia. É essencial assegurar o acesso ao atendimento em saúde mental no território dos pacientes, com articulações eficientes entre os dispositivos da rede para facilitar a comunicação a respeito da consulta e o deslocamento do paciente. Essas recomendações, estão fundamentadas nos princípios da RAPS (territorialização e da descentralização), visando promover a acessibilidade e a continuidade do cuidado (Brasil, 2017).

A taxa de abandono (46%) foi similar aos resultados de outras pesquisas sobre abandono na psicoterapia. Esse estudo considerou a existência do fenômeno do abandono precoce e tardio, conforme descrito nos procedimentos metodológicos. No entanto, não foram encontradas associações estatisticamente significativas com cada um desses tipos de abandono, que foram então analisados como variável única. Nessa mesma perspectiva, Fiorini (2008), reportou taxa de abandono imediato entre 30% e 65% por pacientes que compareceram à primeira entrevista, atribuindo esse resultado a diversos fatores. A partir do estudo de Ribeiro e Poço (2006) os principais motivos de abandono em 224 pacientes em ambulatório de saúde mental foram: melhora da queixa (34,7%), ineficácia do tratamento (18,7%) e falta de tempo/coincidência com horário de trabalho (12%). Em vista disso, estudos anteriores destacam a importância de investigar fatores como características sociodemográficas, clínicas (do paciente e do terapeuta), do tratamento e fatores institucionais associados ao abandono (Benetti & Cunha, 2008; Pessota et al., 2020).

Nesse sentido Benetti e Cunha (2008) indicaram que, dentre os fatores associados ao abandono, a satisfação do paciente nas primeiras consultas está mais relacionada à oportunidade de expressar suas demandas do que à percepção de melhora dos sintomas. Portanto, ressalta-se que a qualidade do vínculo estabelecido entre paciente e terapeuta tem impacto significativo na continuidade do tratamento.

Esse estudo pode contribuir para a melhora da adesão ao tratamento ao ajustar expectativas dos profissionais e dos usuários, a comunicação, o aprimoramento de práticas profissionais, a adaptação de técnicas considerando as demandas e necessidades dos pacientes e a redução de estigmas pela compreensão dos fatores associados, com isso favorecendo o desenvolvimento de estratégias adequadas. Nessa lógica, essas medidas podem melhorar a qualidade do atendimento, habilitando os profissionais a manejarem fatores que afetam na continuidade do tratamento, aumentando a efetividade da psicoterapia.

Destaca-se também a necessidade de aprimoramento do modelo de atendimento, sugerindo número menor de sessões. Nesse estudo a média de 7,2 consultas efetivadas por paciente para o desfecho “alta” corresponde ao modelo de psicoterapia breve (Fiorini, 2008). Facilitar a estruturação do processo terapêutico para evitar faltas, espaçando mais as consultas (quinzenais, a cada três semanas) pode reduzir o número de faltas e viabilizar a continuidade do tratamento, permitindo que o paciente compareça regularmente até a alta.

Esse estudo encontrou associações significativas entre o indicador “faltas” e o “abandono” em que os pacientes, os

quais não faltaram apresentaram menor proporção de abandono. Oliveira et al. (2020) identificaram 22% de faltas aos agendamentos em um ambulatório de atenção psicossocial e Giacchero & Miasso (2008) em ambulatório de psiquiatria encontrou a taxa de 20,5% de faltas. Por conseguinte, é importante discutir o intervalo entre consultas, considerando a disponibilidade de comparecimento dos pacientes. As ausências sem comunicação prévia impactam a produtividade dos psicólogos, provocando ociosidade na agenda e a impedindo a realização de outra atividade durante o tempo de espera (Bueno et al., 2001).

A expectativa do paciente em relação ao tratamento pode ser melhor atendida em um modelo de assistência no qual se pode definir o foco da psicoterapia e a expressão da opinião sobre o número de sessões inicialmente seguindo o modelo da psicoterapia breve. Alinhar as expectativas de pacientes e psicólogos pode estruturar condições mais favoráveis à realização e a conclusão do tratamento de forma compartilhada e exitosa.

A percepção dos pacientes de que a psicoterapia não proporciona melhora efetiva, dificulta o engajamento e adesão ao processo. Portanto, é essencial considerar a satisfação do usuário com o atendimento como apontam Benetti & Cunha (2008) segundo eles a satisfação do paciente está mais ligada à oportunidade de expressar suas demandas do que à percepção de melhora dos sintomas. Nesse sentido, o estabelecimento de um vínculo paciente-terapeuta tem impacto na continuidade do tratamento. Quando o psicólogo reconhece e acolhe às necessidades iniciais do paciente, apresentando acolhimento de tal necessidade exposta, o vínculo é fortalecido, proporcionando um ambiente favorável à continuidade da psicoterapia (Pessota et al, 2020).

Ao abordar as necessidades de pacientes em serviços públicos, Costa (1989), destaca diferenças em relação aos atendimentos particulares. O autor alerta uma possível apatia teórico-técnica nas concepções clínicas, enfatizando a importância de considerar aspectos culturais da psicopatologia. O pensamento popular expressa o sofrimento psíquico utilizando suas representações. Portanto, a forma como o terapeuta maneja essas diferenças pode interferir na vinculação com o paciente.

Outro resultado encontrado consiste na associação entre “qualificação do plano terapêutico” e o abandono. Em 60% dos casos de abandono, a qualidade do plano terapêutico foi considerada negativa. Isso ressalta a importância de os profissionais identificarem adequadamente as demandas dos pacientes e construir um plano terapêutico personalizado que atenda às suas necessidades e demandas por suporte psicológico. Nessa mesma ótica, Oliveira et al. (2020) afirmam que o absenteísmo em consultas de retorno pode estar associado a inadequação do paciente à conduta, aos resultados do tratamento e as barreiras financeiras. Fica demonstrada assim a necessidade de adaptar os recursos técnicos à realidade de vida dos usuários, promovendo sua vinculação e permitindo que expressem as principais dificuldades para sustentar e investir no tratamento. A participação ativa do paciente na estruturação do plano terapêutico capacita-o a comunicar ao psicólogo quando não sentir mais necessidade de atendimento, permitindo ajustes no plano terapêutico sempre que necessário.

Athié et al. (2017) aponta a necessidade de reconhecimento da diversidade social e da bagagem cultural do usuário, sobretudo das camadas mais populares, destacando que os serviços de saúde são espaços em que os usuários buscam ajuda para lidar com seu sofrimento associado à vulnerabilidade social. Desta forma, se faz necessária à estruturação de um projeto terapêutico compatível com à realidade dos usuários, adequando as intervenções propostas para responder às demandas identificadas (Alves *et. al.*, 2020).

Ao avaliar o desfecho de alta foi identificada a associação estatisticamente significativa invertida com o indicador gravidade do diagnóstico psiquiátrico. Esse dado corrobora com a demonstração de eficácia do tratamento em psicoterapia breve, o qual contempla um tratamento com duração entre oito e dez sessões. Os casos classificados como graves não eram submetidos ao tratamento em psicoterapia breve, podendo seguir em acompanhamento pelo tempo que se fizesse necessário. Observou-se que a adesão ao tratamento resultou em menores chances de abandono.

Um programa bem-sucedido internacionalmente é o IAPT (Improving Access to Psychological Therapies), no sistema de saúde pública da Inglaterra (National Health Service). Esse programa visa melhorar o acesso à terapia psicológica para adultos com transtornos mentais comuns, como: ansiedade e depressão, oferecendo tratamento gratuito e baseado em evidências para residentes na Inglaterra registrados em serviços locais de saúde. Além disso, o IAPT busca fornecer tratamento de qualidade, reduzindo a pressão sobre os serviços de saúde mental de emergência, treinando profissionais de saúde e monitorando resultados para garantir a eficácia do tratamento (Scott, 2018).

A análise dos indicadores de atendimentos permite avaliar a qualidade do serviço, identificar carências e fragilidades para melhorar a eficácia, bem como converter dados de pesquisa em ações mais ajustadas ao contexto de vida e às necessidades dos usuários do serviço público. Embora baseado em uma amostra reduzida, o estudo oferece uma descrição e análise quantitativa dos atendimentos psicológicos, dado raramente presente em artigos científicos, contribuindo para um campo de pesquisa ainda pouco explorado no Brasil.

Considerações sobre as limitações do estudo são necessárias. Além das limitações inerentes a um estudo descritivo, o tamanho da amostra também é uma preocupação, devido às dificuldades de inclusão dos dados de agendamentos de anos anteriores, causado pela mudança do sistema de prontuário eletrônico. Embora o estudo tenha sido conduzido em apenas uma unidade ambulatorial universitária, essa restrição não elimina a sua importância, considerando a lacuna na literatura científica sobre o acompanhamento e monitoramento do cuidado, em especial no atendimento ambulatorial, à pacientes de saúde mental no SUS. Diferentemente de outros estudos que geralmente se concentram em clínica-escola e não retrata a realidade do SUS, essa pesquisa destaca a criação de metodologia de acompanhamento dos casos e a construção de indicadores do atendimento associados ao abandono e alta, considerando critérios clínicos e sociodemográficos dos pacientes.

Este estudo parte de uma pesquisa quali-quantitativa da Tese de doutorado “O cuidado em saúde mental em rede: Integrando o ambulatório especializado em Saúde Mental à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)”, busca promover discussões sobre modelos de atendimento mais adequados às necessidades da população, visando oferecer assistência qualificada e adaptada ao contexto dos pacientes. Além disso, destaca a importância da formação dos psicólogos para a atuação na saúde pública brasileira, ressaltando a necessidade incluir atividades práticas no contexto do SUS, assim como ocorre a prática de estágio para atendimento clínico particular. A ausência da experiência prática no SUS é identificada e discutida neste artigo como uma fragilidade na formação universitária dos psicólogos.

No campo da pesquisa, esse estudo contribui ao realizar uma análise quantitativa, construindo indicadores de qualidade do atendimento psicológico, uma abordagem pouco explorada nos estudos sobre atendimentos psicológicos na saúde pública brasileira. Assim, este artigo atende à carência de trabalhos que discutam propostas de intervenções clínicas psicológicas de cunho ambulatorial para a população atendida no SUS, apresentando dados sobre a produtividade dos profissionais, a adequação de demandas, o acompanhamento dos resultados e a revisão das políticas específicas para esta área.

5. Conclusão

As análises desse artigo confirmam as tendências observadas por diversos autores sobre a importância do estudo dos fluxos de agendamentos, taxas de falta à primeira consulta, abandono de tratamento, expectativas e necessidades em saúde mental dos usuários, bem como das características dos atendimentos psicológicos em serviços de saúde pública.

A garantia de assistência psicológica que atenda às necessidades dos pacientes e considere suas dificuldades no contexto de vida e saúde facilitam o comparecimento e a permanência do paciente no processo psicoterapêutico. A adequação entre as expectativas/necessidades dos pacientes e as expectativas/preparo dos profissionais pode fortalecer o vínculo e reduzir as taxas de absenteísmo, o que, em longo prazo, pode aumentar a adesão ao tratamento e facilitar a definição da alta de forma conjunta.

Essa discussão destaca a necessidade urgente de remodelar os fluxos de encaminhamento para psicoterapia ambulatorial, incluindo o matriciamento na Atenção Primária a Saúde para reduzir as taxas de não comparecimento e a ociosidade dos profissionais. Embora a demanda por atendimento seja alta e o acesso ainda seja limitado, é essencial garantir que os pacientes sejam assistidos dentro de um prazo razoável, considerando a gravidade de seu quadro psicológico.

Portanto, é fundamental que o acesso à assistência em saúde mental, em todos os níveis de atenção, promova a assistência psicológica no sistema de saúde pública, com um modelo de atendimento culturalmente compatível, adaptado às necessidades dos usuários e oferecendo tempo de tratamento, frequência de consultas e horários de atendimento compatíveis com seus contextos de vida.

A realização de outras pesquisas sobre os atendimentos psicológicos no ambulatório de psicologia do Sistema Único de Saúde (SUS) é necessária devido à importância desse tipo de cuidado para a população. Embora o ambulatório especializado tenha sido retirado da política de saúde mental e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) entre 2011 e 2017, os atendimentos ambulatoriais continuaram sendo realizados por profissionais de saúde mental em todo o país, tanto em Unidades Básicas de Saúde (UBS) quanto em Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) e Policlínicas. A falta de estudos sobre esse tema torna abstrato o cuidado em Saúde Mental no SUS e na Saúde Suplementar. Além disso, a exclusão do ambulatório resultou na limitação de recursos e na escassez de publicações sobre o assunto. Pesquisas futuras podem identificar desafios e oportunidades para reintegrar o cuidado ambulatorial na RAPS, especialmente em colaboração com a atenção primária, e embasar o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para a saúde mental da população brasileira.

Agradecimentos

Expressamos nossos sinceros agradecimentos à secretária Adriana Teixeira por sua valiosa contribuição na fase de levantamento das agendas dos profissionais, à Evellin Aragão pelo seu empenho nas correções ortográficas, e ao Robson Furtado pelas revisões no formato do artigo. Suas colaborações foram fundamentais para o sucesso deste trabalho.

Referências

- Amaral, M. M. S., & Escóssia, L. (2021). Por uma clínica de (s) território no contexto do SUS. *Fractal: Revista de Psicologia*, 33(1), pp. 31-40. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v33i1/5782>
- Andrade, K., Zeferino, M. T., & Fialho, M. B. (2016). Articulação da rede de atenção psicossocial para o cuidado às crises. *Psicologia em Estudo*, 21(2), pp. 223-233. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v21i2.31269>
- Athié, K., Dowrick, C., Menezes, A. L. do A., Cruz, L., Lima, A. C., Delgado, P. G. G., Favoretto, C., & Fortes, S. (2017). Anxious and depressed women's experiences of emotional suffering and help seeking in a Rio de Janeiro favela. *Ciência e Saúde Coletiva*, 22(1), 75-86. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017221.11732016>
- Alves, K.V., Aragão, E. I. S., Almeida, A. P. F., Souza, A. C., Saggese, B. L., Andrade, B. G., Oliveira, J. A., Costa, M. H. da, & Fortes, S. (2020). Grupos de artesanato na atenção primária como apoio em saúde mental de mulheres: estudo de implementação. *Estudos de psicologia*. (Natal), 25(1), pp. 102-112. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-294X2020000100010
- Barcellos, G.M. (2016). Aproveitamento de vagas de consultas eletivas de um hospital universitário. [Dissertação de Mestrado - Universidade de São Paulo, Rib. Preto, SP].
- Benetti, S. P. C., & Cunha, T. R. S. (2008). Abandono de tratamento psicoterápico: implicações para a prática clínica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60(2), pp. 48-59. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672008000200007&lng=pt&tlng=pt
- Bock, A. M. B. (2002). *A psicologia e sua ideologia: 40 anos de compromisso com as elites*. Em Bock, A. M. B. (org.), *Psicologia e o compromisso social* (pp. 15-28). São Paulo: Cortez.
- Boing, E., & Crepaldi, M. A. (2010). O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(3), pp. 634-649. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932010000300014>
- Bonita R, Beaglehole R, Kjellstrom T. *Epidemiologia Básica*. 2ª ed. São Paulo: Grupo Editorial Nacional; 2010.
- Brasil (2001). *Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001*. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade

de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Brasília: Ministério da Saúde. https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html

Brasil (2017). *Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017*. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde. https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html

Bueno, H. A., Córdoba, D. J., Escolar, P. A., Carmona, C. J., & Rodríguez, G. C. (2001). El abandono terapéutico. *Actas Españas Psiquiatria*, 29(1), pp. 33-40. <https://medes.com/publication/264>

Camargo-Borges, C., & Cardoso, C. L. (2005). A psicologia e a Estratégia Saúde da Família: compondo saberes e fazeres. *Psicologia & Sociedade*, 17(2), pp. 26-32. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822005000200005>

Campezatto, P.M., & Nunes, M. L. T. (2007). Caracterização da clientela das clínicas-escola de cursos de psicologia da região metropolitana de Porto Alegre. *Psicologia reflexão e crítica*, 20(3), 376-88. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722007000300005>

Campos, F. C. B., & Guarido, E. L. (2007). *O psicólogo no sus: suas práticas e as necessidades de quem o procura*. Em Spink, M. J. P., A psicologia em diálogo com o sus: prática profissional e produção acadêmica (pp. 81-103). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Cerioni, R. A. N., & Herzberg, E. (2016). Expectativas de pacientes acerca do atendimento psicológico em um serviço-escola: da escuta à adesão. *Psicologia: ciência e profissão*, 36(3), pp. 597-609. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001402014>

Cintra, M. S., & Bernardo, M. H. (2017) Atuação do psicólogo na atenção básica do sus e a psicologia social. *Psicologia: ciência e profissão* [online], 37 (4), pp. 883-896. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000832017>

Costa, J. F. (1989). *Psicanálise e contexto cultural: imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapias*. Campus.

Daltro, M. R., & Pondé, M. P. (2017). Internato em psicologia: aprender-a-refletir-fazendo em contextos de prática do SUS. *Revista Psicopedagogia*, 34(104), pp. 169-179. Recuperado em 21 de janeiro de 2023, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862017000200007&lng=pt&tlng=pt

Damous, I., & Erlich, H. (2017). O ambulatório de saúde mental na rede de atenção psicossocial: reflexões sobre a clínica e a expansão das políticas de atenção primária. *Physis*, 27(4), pp. 911-932. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400004>

Dimenstein, M. (2000). A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos de Psicologia* (Natal), 5(1), pp. 95-121. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X200000100006>

Dimenstein, M. (2001). O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicologia Em Estudo*, 6 (2), pp.57-63. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722001000200008>

Dimenstein, M., Siqueira, K., Macedo, J. P., Leite, J., & Dantas, C. (2017). Determinação social da saúde mental: contribuições à psicologia no cuidado territorial. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 69(2), pp. 72-87. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672017000200006&lng=pt&tlng=pt

Fermino, J. M., Patrício, Z. M., Krawulski, E., & Sisson, M. C. (2009). Atuação de psicólogos no Programa de Saúde da Família: o cotidiano de trabalho oportunizando repensar a formação e as práticas profissionais. *Aletheia*, (30), pp. 113-128. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942009000200010&lng=pt&tlng=pt

Ferreira Neto, J.L. (2010) A atuação do psicólogo no SUS: Análises de alguns impasses. *Psicologia: ciência e profissão (impr.)*. 30(2): pp. 390-403. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S1414-98932010000200013>

Ferreira, I. S. S., & Soares, C. T. (2021). Residência Multiprofissional em Saúde e Formação de Psicólogos para o SUS. *Psicologia: ciência e profissão*, 41 (spe2), pp. 1-14. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003219139>

Fiorini, H. J. (2008). *Teoria e técnicas de psicoterapias* (2ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.

Giacchero, K.G. & Miasso, A.I. (2008). Ambulatório de psiquiatria em hospital geral: caracterização da adesão de usuários ao agendamento. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 9(2): pp. 20-27. <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027962003.pdf>

Jimenez, L. (2011). Psicologia na atenção básica à saúde: demanda, território e integralidade. *Psicologia e Sociedade*, 23 (n. spe.), pp. 129-139. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000400016>

Lima. M. (2005) Atuação Psicológica coletiva: uma trajetória profissional em unidade básica de saúde. *Psicologia em Estudo*, 10(3), pp. 431-440. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722005000300011>

Lo Bianco, A C., Bastos, A V., Nunes, M L., & Silva, R. C. (1994). *Concepções e atividades emergentes na psicologia clínica: implicações para a formação*. Em Conselho Federal de Psicologia. Psicólogo brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação. pp.7-79. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Macedo, J. P., & Dimenstein, M. (2019). Psicologia e a produção do cuidado no campo do bem-estar social. *Psicologia & Sociedade*, 21(3), pp. 293-300. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822009000300002>

Macedo, J. P., & Dimenstein, M. (2011) *Formação do psicólogo para a saúde mental: a psicologia piauiense em análise*. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online], 15(39), pp. 1145-1158. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011005000021>

Marconi, M. A; Lakatos, E. M. *Fundamentos da Metodologia Científica*. São Paulo: Editora Atlas, 2003.

- Medeiros, R. H. A. de. (2020). Psicologia, saúde e território: experiências na Atenção Básica. *Psicologia Em Estudo*, 25, pp.1-11. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.43725>
- Menezes, A. L. A., Athie, K., Favoreto, C. A. O., Ortega, F., & Fortes, S. (2019). Narrativas de sofrimento emocional na atenção primária à saúde: contribuições para uma abordagem culturalmente sensível em Saúde Mental Global. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 23, pp. 1-17. <https://doi.org/10.1590/Interface.170803>
- Nepomuceno, L. B., Bosi, M. L. M., Dimenstein, M., & Pontes, R. J. S. (2021). Práticas de Psicólogos na Estratégia Saúde da Família: Poder Simbólico e Autonomia Profissional. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 41 (spe2), pp. 1-15. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003189629>
- Oliveira, F. V. de, Bender Filho, R., & Vieira, K. M. (2020). Economic cost of consultation absenteeism: case study in a psychosocial care ambulatory. *Research, Society and Development*, 9(7), e417974066. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4066>
- Organização Mundial de Saúde. MI-GAP Manual de intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica. Genebra: OMS; 2010. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49096?locale-attribute=pt>
- Pessota, C. M., Feijo, L. P., & Benetti, S. P. C. (2020). Preditores do abandono inicial em psicoterapia psicodinâmica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 72(2), pp. 43-56. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672020000200004
- Ribeiro, M. S., & Poço, J. L. C. (2006). Motivos referidos para abandono de tratamento em um sistema público de atenção à saúde mental. *Revista APS*, 9(2), pp. 136-45. Recuperado de <https://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/motivos.pdf>
- Ribeiro, M. S., Xavier Junior, J. C. C., Mascarenhas, T. R., Silva, P. M., Vieira, E. M. M., Lamas, C. V. D-B., & Ribeiro, L. C. (2010). Estudo observacional exploratório comparando pacientes com transtornos mentais leves/moderados e transtornos mentais graves em serviço ambulatorial de referência para a atenção primária. *Rev. APS*, 13(3), pp. 291-300. Recuperado de <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14468/7800>
- Savassi, L. C. M; Lage, J. L; Coelho, F. L. G. (2012). *Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar: escala de risco familiar de Coelho-Savassi*. *Journal of Management and Primary Health Care*, v. 3, n. 2, p. 179-185. Recuperado de: <http://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/155>
- Schmidt, B., Crepaldi, M. A., Bolze, S. D. A., Neiva-Silva, L., & Demenech, L. M. (2020). Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). *Estudos de Psicologia (campinas)*, 37, pp. 1-13. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200063>
- Scott, M. J. (2018). Improving access to psychological therapies (IAPT) – The need for radical Reform. *Journal of Health Psychology*, 23, pp. 1136–1147. <https://doi.org/10.1177/1359105318755264>
- Souza, A. L. M., Garbinato, L. R., & Martins, R. P. S. (2012). *A atuação do psicólogo no sistema único de saúde: uma revisão*. *Interbio, Dourados*, 6(1), pp. 54-66. Recuperado de https://www.unigran.br/dourados/interbio/paginas/ed_anteriores/vol6_num1/arquivos/artigo7.pdf
- Souza, V. A., & Mendonça, E. S. (2020). As psicologias construídas no Sus: possibilidades e desafios profissionais no agreste pernambucano. *Rio de Janeiro*, 44(127), pp. 1164-1175. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012716>
- Tesser, C. D., & Poli, P. (2017). *Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio*. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 22(3), pp. 941-951. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.18842016>