

*Universidade Nova de Lisboa  
Faculdade de Ciências Médicas*



# **O Acesso ao Tratamento em Saúde Mental na Microrregião de Itajubá/MG - Brasil**

Marcela Campos Carvalho

*Dissertação de Mestrado em Saúde Mental Internacional*

Orientador: Prof. Dr. Pedro Gabriel Godinho Delgado

Coorientador: Prof. Dr. José Miguel Caldas de Almeida

2013

MARCELA CAMPOS CARVALHO

**O Acesso ao Tratamento em Saúde Mental na Microrregião de  
Itajubá/MG - Brasil**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Mental Internacional (International Master in Mental Health Policy and Services).

Orientador: Prof. Dr. Pedro Gabriel Godinho Delgado

2013

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esse trabalho a todas as pessoas que precisaram, precisam ou precisarão dos serviços de saúde mental. As quais possuem o direito a tratamento em liberdade, com um acolhimento de verdade, escuta qualificada, e a terem suas escolhas respeitadas.

## AGRADECIMENTOS

À Universidade Nova de Lisboa, e à Faculdade de Ciências Médicas. Aos professores que compõem o Mestrado Internacional em Políticas e Serviços de Saúde Mental, pela transmissão de tanto conhecimento vivo e vivido, em especial aos professores Graça Pereira Cardoso e José Miguel Caldas de Almeida. À secretária Sónia Tavares, que tanto à distância quanto presencialmente nos ajudou por demais.

Ao Professor Pedro Gabriel Delgado que aceitou ser meu orientador neste trabalho, por sua disponibilidade e orientações.

Ao meu marido, que tem sido os meus braços direito e esquerdo, por acreditar e me apoiar incondicionalmente.

Aos meus familiares e amigos que ouviram minhas lamentações nos momentos mais difíceis, e hoje compartilham comigo essa vitória.

Ao meu amigo Paulo Rodrigues, que teve um carinho todo especial com minha dissertação.

Aos gestores de cada um dos 15 municípios que me abriram as portas para que pudesse realizar a pesquisa de campo.

Àqueles que compartilharam comigo a sua experiência e parte do seu tempo: Referência Técnica em Saúde Mental da Superintendência Regional de Saúde de Pouso Alegre (Helena Abreu Paiva), Coordenadora de Saúde Mental de Itajubá (Fabiana Sene), Coordenadora Técnica do CAPS Dr. Bezerra de Menezes/Itajubá (Eugênia Pereira), coordenadores e gestores municipais, profissionais da atenção básica, agentes comunitários e familiares.

Ao CAPS Dr. Bezerra de Menezes, que gentilmente, cedeu o espaço para a realização de um dos grupos focais e me permitiu conviver e aprender com os usuários.

À Escola de Enfermagem Wenceslau Braz que me recebeu muito atenciosamente e cedeu o espaço para realização de um dos grupos focais.

E a todos as outras instituições e profissionais com quem conversei ao longo da pesquisa.

## RESUMO

CARVALHO, M. C. **O Acesso ao Tratamento em Saúde Mental na Microrregião de Itajubá-MG/Brasil**. 2013. 153f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2013.

A integração da saúde mental à atenção básica é a recomendação feita para facilitar o acesso ao tratamento. A pesquisa teve por objetivo mapear e analisar os facilitadores e as barreiras ao acesso ao tratamento em saúde mental da Microrregião de Itajubá, estado de Minas Gerais, Brasil, composta por 15 municípios. A metodologia pautou-se na triangulação dos métodos, combinando a abordagem quantitativa e qualitativa de pesquisa. Para tal foi feito o mapeamento da capacidade instalada dos recursos existentes e identificação das principais lacunas com base nos parâmetros da saúde pública, a partir de roteiros de entrevistas e grupos focais com os principais atores sociais implicados. Constatou-se que o maior facilitador ao acesso ao tratamento tem sido a atuação das equipes de PSF (Programa Saúde da Família), que atuam diretamente nas comunidades. Outros facilitadores foram: a atuação dos CRAS (Centro de Referência de Assistência Social); a existência de um CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), embora não credenciado ao SUS (Sistema Único de Saúde); Colegiados de Saúde Mental que promovem discussões, informação, educação, e pressionam os municípios para a implantação de serviços de saúde mental. A falta de “vontade política”, isto é, uma intervenção mais clara da gestão pública da saúde, com estabelecimento de prioridades para prover a ampliação do acesso, foi identificada como a maior barreira a ser enfrentada na microrregião, especialmente por falta de organização e planejamento das ações em saúde mental. Serviços que trabalham de forma isolada, sem a construção de uma rede; pouca participação política dos usuários dos serviços de saúde mental; e falta de recursos humanos, e profissionais pouco preparados para a função compõem as outras barreiras de acesso. Vê-se que diante dos facilitadores e barreiras expostos é preciso que os municípios realizem um levantamento sistemático, a fim de criar um plano de ação em saúde mental para compartilhar informações, recursos, serviços, disponibilidade, disposição e ações em rede.

Palavras-Chave: saúde mental; acesso ao tratamento; saúde mental e atenção básica.

## ABSTRACT

CARVALHO, M. C. **Access to Mental Health Treatment in the Micro-region of Itajubá-MG/Brazil**. 2013. 153f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2013.

Integrating mental health care in primary-care services is recommended in order to improve access to treatment. Access to mental health treatment has been a worldwide debated theme. In Brazil, with the Psychiatric Reform, there has been a change of paradigm in the way of treating persons with mental disorders. Various health devices were created, building a net of treatment and care that replaces the asylum system and where human rights are respected and defended and the offered treatment is the closest possible to their social space. The research aims to map and analyse the barriers and the facilitators to mental health treatment in the micro-region of Itajubá, state of Minas Gerais/Brazil, made up of 15 counties. The methodology was based on the triangulation of methods, combining quantitative and qualitative research. For that, a mapping of the installed capacity of the existent resource was carried out; identification of the main voids based on the parameters of public health through scripts of interviews and focus groups with the social actors involved. It was found that the main facilitator to treatment has been the performance of PSF, who act directly in the communities. Other facilitators also stand out: the work of CRAS; the existence of CAPS, although not accredited to SUS; Mental Health Collegiate, promoting discussions, information, education, and forcing pressure on the counties for the implantation of mental health services. The lack of political will was identified as the major barrier to be faced in the micro-region, especially due to lack of organization and planning in the actions towards mental health. The services working isolatedly, without a communication net, and the lack of human resources as well as poorly prepared professional, are the main difficulties faced by access to mental health treatment. Becomes clear that the counties need to undertake a systematic survey towards creating a plan of action in mental health, in order to share information, resources, services, availability, disposition and networking.

Key-Words: mental health; access to treatment; mental health and primary care.

## RESUMEN

CARVALHO, M. C. **El Acceso al Tratamiento de la Salud Mental en la Microregión de Itajubá-MG/Brasil**. 2013. 153f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2013.

La integración de la salud mental a la recomendación primaria se hace para facilitar el acceso al tratamiento. La investigación tuvo como objetivo localizar y analizar los facilitadores y las barreras de acceso al tratamiento de salud mental de la Microrregión Itajubá-MG, integrada por 15 municipios. La metodología es basada en la triangulación de los métodos, combinando un enfoque cuantitativo y cualitativo de la investigación. Para ello se analizó la localización de la capacidad de los recursos existentes, la identificación de las principales brechas en base a los parámetros de la salud pública, a partir de formularios de entrevistas, con grupos involucrados, focalizados en actores sociales claves, para evaluar las brechas identificadas. Se pudo constatar que el mayor facilitador de acceso al tratamiento ha sido el rendimiento de fibras discontinuas de poliéster que actúan directamente en las comunidades. Podemos destacar también otros facilitadores como: la realización de CRAS, la existencia de un CAPS, aunque no habilitado en el SUS, Colegiados de Salud Mental los que promueven debates, distribuyen información y educación, además de presionar a las municipalidades para que implementen servicios de salud mental. Se identificó que la falta de carácter político es el mayor obstáculo que se debe enfrentar en la región, sobre todo por falta de organización y planificación de las acciones en materia de salud mental. Los servicios trabajan de forma aislada sin la construcción de una red, y a esto debe agregarse una insuficiente participación política de los usuarios de los servicios de salud mental, además de la falta de recursos humanos, y los profesionales que se encuentran están poco preparados. Estas son las principales barreras que se pueden encontrar para el acceso al tratamiento de la salud mental. Así podemos observar que ante las barreras expuestas y la situación de los facilitadores, se hace necesario que los municipios realicen una indagación sistemática, con el fin de crear un plan de acción sobre la salud mental, para poder de esta manera compartir informaciones, recursos, servicios, disponibilidad, disposición y acciones en la red.

Palabras Clave: la salud mental, el acceso al tratamiento, la salud mental y la atención primaria.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Ilustração 1 –	Rede de Atenção à Saúde Mental	35
Ilustração 2 –	Contexto Socioeconômico da Microrregião de Itajubá-MG	49
Ilustração 3 –	Diagrama da Trajetória do Usuário X	80
Ilustração 4 -	Diagrama: Trajetória do Usuário Y	81
Ilustração 5 -	Diagrama: Trajetória do Usuário W	83
Ilustração 6 -	Pirâmide dos Serviços em Saúde Mental	87

## **LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1- Distribuição da População na Microrregião de Itajubá	51
Gráfico 2 - Distribuição dos serviços ofertados e profissionais envolvidos no cuidado em saúde mental na microrregião	55
Gráfico 3 - Cobertura em porcentagem e número de PSF e ACS em cada município	57
Gráfico 4 - Porcentagem de municípios que realizam capacitações em saúde mental para profissionais da atenção básica	58
Gráfico 5 - Origem dos encaminhamentos para tratamento em saúde mental	59
Gráfico 6 - Distribuição da demanda por atendimento em saúde mental na microrregião de Itajubá	61
Gráfico 7 - Comparação das taxas de internações entre os anos 2010 e 2011 na Microrregião de Itajubá	68
Gráfico 8 – Barreiras ao acesso ao tratamento em saúde mental	69
Gráfico 9 - Facilitadores ao acesso ao tratamento em saúde mental	70

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Indicadores utilizados na avaliação do acesso ao tratamento em saúde mental	41
Tabela 2 – Indicadores socioeconômicos dos municípios da microrregião	50
Tabela 3 - Contexto socioeconômico da microrregião de Itajubá-MG	50
Tabela 4 - Rede de assistência à saúde em Itajubá-MG	53
Tabela 5 – Rede de assistência à saúde nas demais municipalidades	53
Tabela 6 - Serviços ofertados para o tratamento e profissionais envolvidos	54
Tabela 7 – Principais procedimentos realizados pelo serviço de saúde mental do município de Paraisópolis	62
Tabela 8 - Principais procedimentos realizados em saúde mental nos municípios de Maria da Fé, Wenceslau Braz e Delfim Moreira	63
Tabela 9 - Principais procedimentos realizados em saúde mental nos municípios de Itajubá, Brasópolis, Conceição das Pedras e Piranguçu	64
Tabela 10 - Acompanhamento dos PSF e PACS em Itajubá	65
Tabela 11- Internações realizadas até dezembro de 2011	67
Tabela 12 - Participantes do Grupo Focal de ACS	71
Tabela 13 - Participantes do Grupo Focal de Familiares	79

## LISTA DE SIGLAS

AA	Alcoólicos Anônimos
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
ESF	Estratégia Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NA	Narcóticos Anônimos
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Atenção Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RTSM-PA	Referência Técnica em Saúde Mental de Pouso Alegre
SM	Saúde Mental
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

# SUMÁRIO

## **CAPÍTULO 1 – Apresentação**

Fundamentos	13
Justificativa	18
Objetivo Geral	19
Objetivos Específicos	19

## **CAPÍTULO 2 – Fundamentos Conceituais**

Acesso	20
Tratamento	23
Atenção Psicossocial	27
Território Assistencial	30
Rede e Rede Ampliada	34

## **CAPÍTULO 3 - Metodologia**

Metodologia Quantitativa	39
Metodologia Qualitativa	42
Análise dos Dados	46
Compartilhamento dos Resultados	48
Aspectos Éticos da Pesquisa	48
Declaração de Conflito de Interesse	48

## **CAPÍTULO 4 – Serviços de Saúde da Microrregião de Itajubá-MG**

Descrição Exploratória dos Recursos Existentes	49
Análise Quantitativa dos Dados	52

<b>CAPÍTULO 5 – Acesso ao Tratamento na Percepção de ACS e Familiares</b>	
Análise do Grupo Focal com ACS	71
Análise do Grupo Focal com Familiares	78
<b>CAPÍTULO 6 – Análise dos Resultados</b>	
Os Diferentes Níveis de Organização do Cuidado	88
Serviços Informais	88
Serviços Formais	92
1 - Atenção Primária	92
2 - Atenção Secundária	95
2.1 - atendimentos Psiquiátricos em Hospital Geral	95
2.2 - Serviços de Saúde Mental na Comunidade	98
3 – AtençãoTerciária	106
3.1 - Atendimento de Longa Permanência e Serviços Psiquiátricos Especializados	106
<b>CAPÍTULO 7 – Considerações Finais</b>	<b>110</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>114</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>125</b>

## CAPÍTULO 1 - Apresentação

### Fundamentos

*Não sou técnico, psiquiatra, psicólogo, psicanalista, terapeuta ocupacional, enfermeiro, assistente social, auxiliar de enfermagem, gestor. Sou candidato a paciente e, enlouquecido, quero ser tratado no serviço aberto.* Paulo Delgado<sup>1</sup> (p.1)

O tratamento em saúde mental é uma preocupação mundial. Mais de 400 milhões de pessoas sofrem de transtornos mentais no mundo e mais que 2/3 dentre estas pessoas não recebem tratamento. Mesmo em países desenvolvidos da Europa, 74% dos indivíduos não recebe o tratamento em saúde mental de que necessitam.<sup>2</sup>

Dados da OMS<sup>3</sup> de 2001 demonstram que os transtornos mentais e comportamentais afetam mais de 25% da população em dada fase da sua vida, e que aproximadamente 20% de todas as pessoas atendidas por profissionais de atenção primária de saúde têm um ou mais transtornos mentais e comportamentais. Há uma projeção de que em 2020 os transtornos mentais representarão 15% da carga global com a saúde, o que irá contribuir ainda mais para um custo substancial em termos de sofrimento, incapacitação e perda econômica.

O impacto social e econômico afeta a sociedade e o padrão de vida das pessoas e das famílias. Segundo estimativas, uma em cada quatro famílias tem pelo menos um membro que sofre de transtorno mental ou comportamental. Embora usualmente não mensurável, observa-se uma carga sobre o núcleo familiar, onde se destacam o estresse e a sobrecarga emocional. Já a carga econômica, mensurável, manifesta-se nos serviços sociais e de saúde, na perda de emprego e redução da produtividade, no impacto econômico – direto e indireto – sobre as famílias e provedores de atenção, nos níveis de criminalidade e na segurança pública, e sobre a mortalidade prematura.<sup>2</sup>

Os estudos epidemiológicos na América Latina demonstram existir um enorme vazio assistencial (*gap*): 59% das pessoas com depressão, 64% das pessoas com transtorno bipolar,

63% com distúrbios da ansiedade e 37% com psicose não afetiva não possuem nenhum acesso a qualquer tipo de tratamento.<sup>4</sup>

No Brasil são quase 6 milhões de brasileiros (3% da população) que sofrem com transtornos mentais graves e persistentes, exigindo uma rede assistencial diversificada e efetiva. Dados recentes publicados na revista *TheLancet.com*, mostram que: 30% dos brasileiros relataram sintomas de estados mistos de depressão e ansiedade; a incidência estimada para psicose, é de cerca de 15 por 100.000 pessoas/ano, com um alto índice de suicídio associado; e em consequência do rápido envelhecimento populacional constatou-se que 5,1% a 8,8% das pessoas acima de 65 anos podem desenvolver demência.<sup>5</sup>

A fim de prover a população brasileira com serviço de saúde para todos, foi regulamentado em 1990 o Sistema Único de Saúde (SUS). Os dados demonstram que houve aumento de 174% no uso dos serviços de 1981 a 2008.<sup>5</sup> Muito embora o SUS tenha por objetivo prover o acesso universal gratuito em todos os níveis de cuidado à saúde, sendo financiado por impostos e contribuições sociais específicas, ele nunca conseguiu cumprir sua meta. Como alternativa para tentar reduzir o vazio assistencial e viabilizar o acesso à saúde de modo geral, foram criados programas e estratégias específicos para a atenção primária.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) foram criadas pelo Ministério da Saúde na década de 1980 para funcionar como a porta preferencial de entrada do SUS. Seu objetivo é descentralizar o atendimento, estar o mais próximo possível da população e diminuir o número de encaminhamentos hospitalares.

O Ministério da Saúde implantou em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF). O ESF opera a partir de equipes compostas por médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e de agentes comunitários de saúde, atuando juntamente com as unidades básicas de saúde. As equipes atuam em territórios pré-definidos, acompanhando um número determinado de famílias. As ações da ESF visam, entre outras coisas, a garantia do acesso aos serviços de saúde nas comunidades que assistem, desenvolvendo ações de prevenção, promoção e proteção da saúde.

Criado em janeiro de 2008, o NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Portaria 154 do Ministério da Saúde) - surgiu com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, apoiando a inserção da ESF na rede de serviços e o processo de

territorialização e regionalização a partir da atenção básica, ofertando à população um atendimento compartilhado, interdisciplinar, marcado pela troca de saberes entre os profissionais envolvidos.

O atendimento às pessoas com transtorno mental é regido pela lei 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental brasileiro.

A lei 10.216/01, referida muitas vezes como a lei da Reforma Psiquiátrica, é o marco legal de um processo social e político que reorientou a atenção à saúde mental no país. De uma assistência que tomava o hospital psiquiátrico como o lócus da atenção à pessoa com transtornos mentais, passamos a uma assistência que privilegia o tratamento em locais abertos, em serviços de base comunitária, articulados em rede. (...) A lei 10.216/01 realiza, portanto, uma reorientação da assistência em saúde mental. Mas, além disto, a lei opera uma mudança fundamental: a partir dela a pessoa com transtornos mentais é tomada como sujeito de direito, em processo de produção da “autonomia possível” em sua vida cotidiana.<sup>7</sup> ( p.1).

Assim, com a Reforma Psiquiátrica, procura-se suplantando o cenário histórico da desassistência e maus tratos. Houve uma mudança de paradigma no modo de tratar as pessoas com transtorno mental, sendo criados diversos dispositivos de saúde, formando uma rede de cuidados substitutiva ao sistema asilar, onde os direitos humanos são respeitados e defendidos e o tratamento ofertado o mais próximo possível de seu espaço social.

A Reforma Psiquiátrica é um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais em torno do “louco” e da “loucura”, mas especialmente em torno das políticas públicas para lidar com a questão. Trata-se de um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública.<sup>8</sup> (p. 63)

Durante as décadas de 1960, 1970 e 1980, em meio às lutas sociais pela liberdade, pela desalienação política e social, a "luta pela cidadania do louco"<sup>9</sup> toma sua bandeira junto aos movimentos de democratização, articulada à construção de novas práticas no manejo da loucura. O processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira pode ser dividido em quatro marcos<sup>10</sup>.

- A I Conferência Nacional de Saúde Mental (1986) marca o cenário na tentativa de humanizar a rede hospitalar.

- A II Conferência Nacional de Saúde Mental (1992) dá início ao financiamento e implantação dos novos serviços substitutivos, como o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), por exemplo, que objetivava ofertar atendimento 24h todos os dias da semana, de modo regionalizado, visando atender toda a demanda da região, independente da gravidade do caso.
- A III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) apoiou-se no sancionamento da Lei nº 10.216, expandindo e consolidando a rede atenção psicossocial.
- A IV Conferência Nacional de Saúde Mental, Intersetorial (2010) se propôs a debater a consolidação dos avanços e o enfrentamento dos novos desafios, tendo a intersetorialidade como marca da nova fase que segue.

Dentro do contexto da Reforma Psiquiátrica, foram criados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), regulamentados pela Portaria/GM nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, que são modalidades de serviços capacitados para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo.

O CAPS, por excelência, é o dispositivo, estrutural e clínico, alternativo ao sistema asilar manicomial. Oferece atendimentos diários, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção nos campos do lazer, trabalho, direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Dentre os dispositivos substitutivos de atenção à saúde mental, até final de 2011 existiam no Brasil cerca de 1742 CAPS implantados (CAPS I, II, III, AD e I)<sup>i</sup>; 625 Residências Terapêuticas implantadas com um total de 3470 moradores; 3961 pessoas fazendo parte do Programa de Volta para Casa<sup>ii</sup>; 860 ambulatórios públicos de saúde mental<sup>iii</sup>; 51 Centros de Convivência; redução de 16.000 leitos em Hospitais Psiquiátricos no período de 2002 a 2009;

---

<sup>i</sup> CAPS I - cobertura de 50.000 habitantes; CAPS III - cobertura de 150.000 habitantes; CAPS II, CAPS Álcool e Drogas e CAPS Infantil - cobertura de 100.000 habitantes.

<sup>ii</sup> Programa de Volta Pra Casa, instituído pela Lei Federal nº 10.708, de 31 de julho de 2003, é um programa de reintegração social de pessoas acometidas de transtornos mentais, egressas de longas internações, que tem como parte integrante o pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial.

<sup>iii</sup> Ambulatório de saúde mental é o serviço constituído por ao menos 4 profissionais de saúde mental, excluindo os serviços de hospital geral e os CAPS.

3910 leitos de atenção integral em hospital geral; 640 iniciativas de inclusão social pelo trabalho e 92 Consultórios de Rua<sup>iv</sup> implantados ou em implantação.<sup>11, 12</sup>

No estado de Minas Gerais, onde se desenvolveu esta pesquisa, foram implantados, até o final de 2011, 173 CAPS; 104 Residências Terapêuticas em funcionamento e em implantação com um total de 518 moradores; 532 beneficiários do Programa de Volta para Casa; 89 ambulatorios públicos de saúde mental; 6 Centros de Convivência; 272 leitos de atenção integral em hospital geral; 59 iniciativas de inclusão social pelo trabalho e 1 Consultório de Rua.<sup>11, 12</sup>

Assim, para que haja um efetivo tratamento às pessoas com transtorno mental, a assistência é prestada tanto pela atenção básica, que inclui as equipes de ESF e os NASF, quanto pela rede específica de saúde mental – hospitais gerais e CAPS.

O Apoio Matricial, criado para articular a rede de saúde à de saúde mental, viabiliza o suporte técnico aos profissionais da equipe de ações básicas de saúde, compartilhando e se corresponsabilizando pelos casos, intervindo junto às famílias, e sob forma de supervisão e capacitação.

(O Apoio Matricial) Ao ser entendido como uma metodologia de trabalho que visa assegurar retaguarda especializada, tanto em nível assistencial quanto técnico-pedagógico, pressupõe assim uma construção compartilhada entre a equipe de referência, composta por profissionais da atenção básica (...) e os apoiadores, que são os especialistas com a missão de agregar conhecimentos à equipe de referência.<sup>13</sup> (p.66)

Os CAPS são, então, responsáveis pela organização da demanda da rede de saúde mental, pela regulação da porta de entrada da rede assistencial, bem como pela supervisão e capacitação das equipes de atenção básica no âmbito de seu território.

Os dados apresentados permite afirmar que a Reforma Psiquiátrica brasileira, formada por uma rede bem estruturada disposta a prestar os serviços primários, secundários e terciários, tem sido exitosa. Porém, deve-se ressaltar que muitas pessoas ainda estão à margem desse tão sonhado modelo de tratamento e que existem muitas barreiras a serem transpostas no que diz respeito ao acesso ao tratamento. Esta é a realidade apresentada pela microrregião estudada.

---

<sup>iv</sup> Consultório de Rua é uma estratégia para promoção de acesso e vinculação de pessoas em situação de rua, com grave vulnerabilidade social e uso de drogas e com maior dificuldade de adesão ao tratamento.

## Justificativa

Quando pensamos nas diretrizes de estruturação do SUS: a universalidade de acesso aos serviços de saúde, a integralidade de assistência, a preservação da autonomia, a igualdade da assistência, direito à informação, a participação da comunidade, a descentralização político-administrativa, verifica-se um leque muito grande de possibilidades ao acesso à saúde. Com as novas políticas adotadas, como a ESF e o NASF, a implementação de tais diretrizes torna-se ainda mais promissora.

Atuante na luta por saúde para todos, a Reforma Psiquiátrica Brasileira cumpre seu papel ao estabelecer a atenção e o cuidado territorial e integrado àqueles, considerados ao longo da história como os que: sofriam das paixões e da moral; os alienados mentais, precisando de reclusão para se estabelecer e se curar, excluídos da *polis* e do *socius*; os perigosos e desequilibrados e de toda a sorte. A luta que hoje é travada é a da emancipação pessoal, social e cultural, que busca, principalmente, o não-enclausuramento dos diferentes modos de se fazer existir suprimidas do convívio social.<sup>14</sup>

A presente pesquisa abordará um determinado contexto nacional. Versará sobre o acesso ao tratamento numa região no Sul de Minas Gerais, a Microrregião de Itajubá, com pouca experiência na produção de modos alternativos de cuidados em saúde mental. Trata-se de uma rede de cuidados em saúde mental improvisada, segregada, e com dificuldades em prover adequadamente serviços de suporte à saúde mental de sua população e região.

Pretende-se fomentar discussões e contribuir para a efetiva reforma da saúde mental na Microrregião de Itajubá, servindo como analisador da situação atual e elencando possíveis vias de acesso ao tratamento.

O acesso ao tratamento em saúde tem sido tema debatido no cenário nacional e exposto em diversas pesquisas, artigos e dissertações<sup>v</sup>. Em âmbito internacional, é objeto de preocupação

---

<sup>v</sup> Pesquisa sobre Acessibilidade em uma Complexa Rede Substitutiva de Cuidado em Saúde Mental - o Caso de Campinas em: <http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/acessibilidade/>  
Lovison, M. C. P. Dissertação: Desigualdades no Uso e Acesso aos Serviços de Saúde entre a População Idosa do Município de São Paulo. USP, São Paulo, 2006.  
Schmidt, M. B. & Figueiredo, A. C. Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental, 2009.  
Kassouf, A. L. Acesso aos Serviços de Saúde nas Áreas Urbana e Rural do Brasil, 2005.  
Assis, M. M. et al. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática, 2003.

da OMS, quando reporta sobre o vazio assistencial (*treatment gap*) que afeta as populações de países de baixa e média renda, confirmando assim a importância e relevância desse trabalho.

A realidade aqui apresentada não é exclusiva dessa microrregião, sendo plausível supor que se estenda a muitas outras regiões do país devido às suas semelhanças sociais, econômicas e políticas. Assim, esperamos que esse trabalho possa servir de estímulo à análise de outras microrregiões, contribuindo para a elaboração de um panorama nacional da saúde mental mais representativo.

### **Objetivo Geral**

- Mapear e analisar facilitadores e barreiras ao acesso ao tratamento na rede de saúde mental da Microrregião de Itajubá.

### **Objetivos Específicos**

- Mapear os serviços disponíveis na rede de atenção básica e de saúde mental na Microrregião de Itajubá;
- Identificar e analisar os facilitadores e as barreiras ao acesso ao tratamento relacionado às políticas públicas, financeiras, geográficas, sociais;
- Sugerir ações para viabilizar o acesso ao tratamento em saúde mental para a microrregião de Itajubá.

## **CAPÍTULO 2 – Fundamentos Conceituais**

Diante da questão do "Acesso ao Tratamento em Saúde Mental", faz-se necessária a exposição de alguns conceitos que compõem o campo da saúde mental. Apenas para compreensão didática, tais conceitos serão abordados separadamente, embora estejam articulados em um mesmo campo múltiplo e plural.

### **Acesso**

Devido ao enorme vazio assistencial no setor da saúde e saúde mental<sup>15,16</sup>, o tema do acesso tem sido debatido mundialmente entre os níveis individuais, locais, regional/nacional e globalmente.

No Brasil, o acesso ao tratamento é assegurado à população desde 1990, com a promulgação da Lei 8080, que estabelece o SUS, e determina que o acesso à saúde deve ser universal e em todos os níveis de assistência.<sup>17</sup>

Jesus e Assis<sup>18</sup>, ao realizarem uma revisão sistemática sobre o conceito de acesso aos serviços de saúde, apresentam-no dividido em quatro dimensões alicerçadas no princípio da equidade, regionalização, hierarquização, universalização e participação popular. A dimensão econômica refere-se à relação entre demanda e oferta de serviços, cabendo ao estado mediar essa relação entre consumidor do serviço e provedor do mesmo, a fim de haver o equilíbrio entre a oferta e a demanda. Outra dimensão do acesso é aquela que trata da organização de uma rede hierarquizada de serviços, denominada pelos autores de modelo "sanitarista-planificador", dimensão técnica destinada a planejar, organizar, definir os fluxos, os diferentes níveis de complexidade, referência e contra referência, e a qualidade dos serviços de saúde. Já a dimensão "Política" engloba o desenvolvimento de uma consciência sobre o processo saúde/doença que faz com que as pessoas percebam que a saúde é um direito, de interesse individual e coletivo, e assim sendo, a participação popular é fundamental para a garantia de direitos, como previsto na Lei 8080/90, por exemplo. Por fim, a dimensão "Simbólica" abarca as percepções e concepções do sujeito sobre saúde, doença, de suas representações sociais, da

tensão entre a realidade subjetiva, por vezes, senso-comum, e a realidade concreta. Aqui se presentificam as estratégias e políticas nacionais territoriais, como os PSF, os CAPS, espaços de trocas simbólicas coletivas.

Portanto, o acesso à saúde é composto por diversos componentes articulados que devem resultar na possibilidade de o sujeito adentrar o sistema de saúde e receber tratamento. De uma forma geral pode ser definido

por aquelas dimensões que descrevem a entrada potencial ou real de um dado grupo populacional em um sistema de prestação de cuidados de saúde. A acessibilidade é entendida como o conjunto de circunstâncias, de diversa natureza, que viabiliza a entrada de cada usuário ou paciente na rede de serviços, em seus diferentes níveis de complexidade e modalidade de atendimento. Representa as dificuldades ou facilidades em obter tratamento desejado, estando, portanto, intrinsecamente ligada às características da oferta e disponibilidade de recursos.<sup>19</sup> (p.60)

Autores como Thornicroft e Tansella<sup>20</sup> descrevem alguns tipos de acessibilidade:

- O primeiro é aquele relacionado às distâncias geográficas;
- O segundo diz respeito ao atendimento/acolhimento o mais rápido e menos burocratizado possível;
- O terceiro é aquele que não restringe a utilização dos serviços a determinados grupos (minorias, transtornos específicos);
- O quarto é o acesso facilitado para aqueles que só podem ou precisam fazer uso do serviço em horários menos usuais, como período noturno ou finais de semana;
- E o quinto está relacionado à visibilidade pública do serviço, diminuindo o estigma atrelado às instituições totais asiladoras e isoladas.

Outros a agrupam em:

(1) disponibilidade – diz respeito à oferta de serviços; (2) acessibilidade – relaciona-se à proximidade e/ ou facilidade geográfica do serviço, como também às formas de trabalho organizadas para atenção, fluxos, horários, rotinas, prioridades técnicas, entre outros; e (3) aceitabilidade – dimensão que se relaciona com as características da população, isto é, suas crenças, condições socioeconômicas, graus de satisfação com o serviço utilizado, entre outros.<sup>6</sup> (p. 711)

De modo geral, é sabido que a oferta de cuidados na comunidade é garantida pelo princípio da acessibilidade.<sup>20</sup> Melhor dito, o tratamento antes ofertado em grandes asilos, em instituições

totais, pautado na reclusão e terapias agressivas, como os eletrochoques, por exemplo, hoje se dá, predominantemente, no seio da sociedade, em meio à turbulência cotidiana. Todavia a questão do acesso ao tratamento não se encerra com a simples desconstrução de um sistema fechado, baseado na reclusão, e a criação de um sistema aberto e comunitário.

Ainda que no Brasil se tenha alcançado avanços significativos, superando barreiras ao acesso ao tratamento, através do aumento crescente de serviços substitutivos de variados tipos, do número de técnicos envolvidos, das vans e ambulâncias circulando entre e pelos municípios a fim de fazer chegar o tratamento ao sujeito em sofrimento psíquico, há algo mais, também articulado, que está para além da existência destes serviços.

O que realmente sela o acesso ao tratamento, facilitando ou limitando seu uso, compreende muito mais do que a oferta de serviços de saúde em si, está mais diretamente relacionado às características demonstradas pelo serviço e recursos humanos.<sup>21</sup> Muito mais que a existência ou não de um serviço substitutivo em saúde mental, está implicado no acesso o modo como aquele que precisa usufruir do serviço foi recebido, de que maneira teve sua demanda acolhida, se a porta estava realmente aberta para que sua questão, como sujeito, fosse posta e ouvida.

O acesso e o acolhimento estão imbricados, pois é o desenho do serviço que potencializa ou não esse acesso, e o modo como o acolhimento é feito é determinante para os desdobramentos do atendimento. Em outras palavras, acolher é um processo que depende não só da estrutura ou de aspectos físicos do acesso, mas dos recursos clínicos da equipe, como atender, escutar, avaliar e discriminar as demandas.<sup>21</sup> (p.136)

O acesso engloba a humanização mencionada por Delgado<sup>1</sup>, e torna aquele que recebe uma pessoa em sofrimento, acolhedor de uma “verdade” preciosa a ser escutada com muita atenção, com muito cuidado, muito zelo e dedicação, e torna, de fato, o local acessível.

Algumas barreiras ao acesso ao tratamento foram apontadas por Saraceno et al<sup>22</sup>, tais como: a ausência de vontade política, enfatizando a falta de prioridade na agenda das políticas públicas vigentes; resistência à descentralização dos serviços de saúde mental; os desafios à implementação dos cuidados em saúde mental na atenção básica; e o pequeno número de profissionais qualificados e treinados em saúde mental que compõem a rede de prestação de serviços.

Pode-se acrescentar: o estigma e a discriminação; a falta de informação adequada à população; a ausência de uma rede de atenção dentro dos municípios e entre eles; poucos recursos financeiros, especialmente nas municipalidades de pequeno porte; pouco preparo por parte dos bombeiros e policiais na abordagem à pessoa em crise; falta de treinamento para a atenção básica e de profissionais de saúde de modo geral; falta de medicação suficiente e adequada; poucas, ou nenhuma associação/organização de usuários e/ou familiares a fim de advogarem em favor das pessoas com transtorno mental, alcoolistas ou pessoas que fazem uso abusivo de álcool e/ou outras drogas.

Faz-se necessário também apontar os fatores que viabilizam o acesso ao tratamento, os facilitadores. Em uma visão macro, verifica-se a existência de uma legislação nacional ampla e adequada; a existência de um Sistema Único de Saúde, com programas e estratégias que viabilizam a atenção à saúde e à saúde mental; o acréscimo significativo dos programas e dispositivos substitutivos, como os CAPS, Centros de Convivência, Residências Terapêuticas, Agentes Comunitários, entre outros; divulgação e campanhas televisivas e jornalísticas abordando o tema da saúde mental, como filmes, novelas, reportagens, entrevistas, exposições, etc.

Assim, a acessibilidade consegue, então, expor a propensão de um serviço/dispositivo em ofertar tratamento ou se portar como uma barreira ao seu uso, numa relação entre o constituir-se como aquele que nomeia a porta de entrada - acesso - ao mesmo tempo em que promove ou não o ato de entrar, com toda a gentileza ou rudeza de um anfitrião.

## **Tratamento**

O tratamento em saúde mental já passou por diversos momentos sócio-históricos<sup>23, 24, 25, 26</sup>, tendo sido o enclausuramento do sujeito a escolha adotada por longos anos pela sociedade. Hoje, com as ações da Reforma Psiquiátrica, o tratamento não mais se restringe ao atendimento asilar manicomial, pelo contrário, os cuidados são ofertados no âmbito territorial daquele que procura tratamento.

A criação dos serviços substitutivos pela luta antimanicomial, revelou desde o início a sua extrema fertilidade. Sem grades nem muros, a clara luz desta liberdade conquistada exorcizou as velhas assombrações da periculosidade e da incapacidade. Com surpreendente leveza, novas e arrojadas figuras clínicas passaram a tratar o que antes parecia insuportável e ameaçador. Mesmo as situações que envolvem um maior desvario, um transtorno mais agudo, vêm se deixando abordar pela hospitalidade oferecida e pelo cotidiano partilhado, pelo apelo ao vínculo e a cortesia no trato. Contrapondo-se à árida esterilidade do hospital psiquiátrico, os serviços substitutivos mostraram desde o início um admirável poder de criação, ao lado de uma inegável resolutividade.<sup>27</sup> (p.36)

Se antes, o tratamento dado àqueles com transtorno mental, uso abusivo de álcool e outras drogas, eram espaços de reclusão, disciplina, exclusão, humilhação, repressão, solidão, maus tratos, alienação e submissão, hoje eles têm por princípio e prioridade, ser locais de cuidado, de trocas, lugares de acolhimento e de produção de subjetividade.

A clínica, voltada até então para o ‘tratamento’ do paciente, este dimensionado quase sempre como intervenção sobre o sintoma, viu-se imediatamente convocada ao indissociável exercício político de produção de subjetividade, aqui entendida como processo de produção do eu e do mundo.<sup>28</sup> (p.58)

As ações da Reforma Psiquiátrica determinaram também a passagem do status de paciente para o de usuário de um serviço substitutivo de saúde mental. Nomear aquele que faz uso do serviço de saúde de usuário foi estabelecido pelas Leis nº 8080/90 e 8141/90, no intuito de revelar o protagonismo dos cidadãos, diferente do significado dado à palavra paciente, como aquele que espera, que aguarda que algum possuidor de um saber verse sobre ele e sua doença.<sup>29</sup> A adoção do termo usuário pela saúde mental significou deslocar o sentido do lugar social dado às pessoas com transtorno mental.

A construção de locais de tratamento onde o sujeito com transtorno mental pudesse participar ativamente da elaboração do seu plano individual de tratamento, onde houvesse troca entre os diversos saberes, uma rede de relações entre aqueles que escutam e cuidam e os que vivenciam os desafios de viver com transtorno mental e/ou uso abusivo de álcool e outras drogas é um determinante do tratamento.

As ações precisam estar onde as pessoas estão experimentando seus estilos de vida e suas escolhas, na trama de possibilidades, condições de existência, funções, papéis, trabalhos, lazes e crenças. Inverte-se o paradigma asilar - é proibido isolar para tratar, o sujeito não é a especificidade individual, mas o conjunto de vínculos, de relações compartilhadas.<sup>30</sup> (p. 205)

Delgado<sup>31</sup> assinala:

o sentido mais profundo da Lei n.º 10.216 de 2001 é o cuidado. Como substantivo, adjetivo ou interjeição é zelo dos preocupados, esmero, precaução, advertência para o perigo, vigilância, dedicação, encargo, lida, proteção. Atenção, tomar conta, acolher. Cuidar é o princípio que norteia essa lei. Evoluir na clínica, fazer do intratável o tratável. É essencial o apoio social e familiar que influencie comportamentos, mude hábitos, confronte preconceitos, classificações, nosologia, catálogos de interdições. (...) Não é a doença mental que a lei questiona, mas a maneira de tratá-la (p.4704).

Configura-se assim, uma questão fundamental sobre o tratamento que diz respeito àquele que trata. Diversos trabalhos<sup>22, 32, 33</sup> apontam para o fato de que os profissionais de saúde como médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, entre tantos outros que circulam no campo da saúde mental, precisam de mais treinamento para atuar adequadamente no campo.

Há muitos profissionais que não auxiliam o sujeito na reconstrução de si, mantendo-o fragmentado. Outros, impossibilitados de ler a realidade apresentada, focam demais nas questões do indivíduo e esquecem o contexto social. Ainda há outros em que a preocupação está centrada na medicação. Há também profissionais que se preocupam em realizar suas atividades, seguindo seus próprios roteiros, não se importando com quem as frequenta. Há aqueles que se irritam com as reivindicações dos usuários; e outros ainda querem "fazer por" ao invés de "fazer com"; muitos não conseguem ver além da doença em si, não enxergam o texto e muito menos o contexto, pois não possuem uma escuta para o sofrimento do outro.

É necessário, portanto, qualificar a escuta, construir em equipe uma assistência humanizada e centrada no usuário, de modo a garantir uma resposta positiva aos problemas, ainda que essa resposta seja tão somente acolher – sem significar a permanência do usuário naquele serviço – e realizar um encaminhamento seguro aos demais serviços ou estratégias da rede de atenção. Essa atitude também é responsabilizar-se pela demanda, é uma atitude ética que reconhece no sujeito que sofre alguém que precisa de um primeiro atendimento humanizado e comprometido com sua problemática, independente de apresentar-se com sofrimento psíquico “grave” ou não. A postura ética é acolher o sofrimento, seja ele de que ordem for.<sup>34</sup> (p.97)

O tratamento entendido por cuidado é aquele em que cria possibilidades, oferece ferramentas para que o sujeito em seu território possa vir a ser. É preciso que haja uma aposta feita, um investimento endereçado àquele sujeito localizado na "fronteira", como citado por Tenório e Rocha<sup>35</sup> referindo-se às pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, ou fora do laço social, a fim de que possa ser escutado naquilo que há de específico/singular em sua

constituição, numa tentativa de ajudá-lo a resgatar ou preservar os laços, seguindo o caminho apontado por ele e não sujeitá-lo a caminhos nossos.

Assim, a cura ou saúde torna-se a ação de produzir subjetividade, sociabilidade, fazer funcionar uma potência de criação. Isso significa não criar formas idealizadas de sujeitos que correspondem ao que é esperado, ao que está dado, aos apelos midiáticos de homem bem inserido no mundo da produção e do consumo.<sup>19</sup> (p.62)

Alverga & Dimenstein<sup>19</sup>, citando Leal, afirmam que, geralmente, no processo de tratamento em saúde mental se coloca a autonomia como o ideal de cura. Todavia, Saraceno<sup>36</sup> chama a atenção para essa ênfase dada nos programas de reabilitação, alertando para o fato do "mito da autonomia", em que apenas os mais dotados são selecionados para participar dos programas, reproduzindo a lógica do mercado.

O modelo das redes múltiplas de negociação põe no centro das questões não a autonomia, mas a participação, de modo que o objetivo não seja aquele de fazer com que os fracos deixem de ser fracos para poder estar em jogo com os fortes e sim que sejam modificadas as regras do jogo, de maneira que desse participem fracos e fortes, em trocas permanentes de competência e de interesses.<sup>36</sup> (p.113)

Há que se levar em consideração, em favor da aposta pela existência de um sujeito, da luta pela cidadania e autonomia, a emancipação pessoal, social e cultural, que permitirão a possibilidade de novas construções de si, a abertura para a possibilidade do existir não enclausurado, detentor, ainda que minimamente, do poder contratual.

O campo discursivo e da prática da saúde mental se legitima a partir da clínica (...) em cujo escopo nenhum sujeito pode ser reduzido a seu transtorno, onde a prática do cuidado não se reduz à exclusão, mas visa à ampliação dos laços sociais, e em cujo ato está incluído o que é próprio, e singular, ao sujeito em sofrimento: sua história, seus dizeres, sua episteme particular, seus arranjos subjetivos, suas montagens sintomáticas e vias de superação, seu território e cotidiano, e as dificuldades concretas acarretadas por sua peculiar condição na existência.<sup>37</sup> (p. 274)

Esse alguém que, para muitos, se apresenta perdido, cindido, fragmentado, excluído do laço social, posto de fora das redes de troca, sem voz, pede algo. Pede para ser ouvido na sua singularidade nesse campo tão plural que é a existência.

Tratar de um indivíduo significa lidar com o campo total de sua experiência – que, como vimos, engloba aspectos biológicos, psíquicos e sócio-históricos concomitantemente. Deste modo, a clínica que queremos se sustenta no intuito de oferecer condições para que o sujeito, na medida de suas possibilidades, consiga lidar com seu sofrimento de um modo que lhe permita libertar-se do constrangimento imposto à sua normatividade pelo sofrimento que lhe acomete. Não apenas pela obtenção do alívio de suas dores e aflições, mas pela transformação

desse mundo vivido, que pode vir a se tornar mais aberto, mais estimulante, mais rico.<sup>38</sup> (p.29)

Em saúde mental, para que o tratamento adequado aconteça é preciso diminuir as barreiras existentes, tanto as de ordem subjetiva (discriminação, estigma) quanto às de ordem prática (dispositivos substitutivos, profissionais qualificados). Para isso é preciso trabalhar em rede, com os outros atores que compõem a rede de cuidados e com os outros setores do território, com um arranjo coletivo, incluindo usuários, gestores, técnicos, familiares, comunidade.

Assim, o tratamento em saúde mental é pensado como um conjunto de tessituras com diversos tecelões compondo uma infinidade de possibilidades de saúde. Viabilizando a possibilidade de produção, criatividade, elaborações e reelaborações, valoração do sujeito, potência pura de criação.

## **Atenção Psicossocial**

O termo atenção psicossocial, de acordo com Oliveira<sup>39</sup>, passou a ser utilizado quando se definiu que a atenção integral e a cidadania eram conceitos norteadores da atenção à saúde mental, quando da II Conferência Nacional de Saúde Mental (1992). E que,

abordagens psicossociais no campo da saúde mental, assistência social e educação devem portanto ser capazes não só de denunciar os mecanismos estruturais de opressão e discriminação social, de gênero, étnica e cultural e de desigualdade no acesso formal a serviços, como também identificar as principais representações envolvidas nos grupos espoliados, no sentido de melhor ouvir as suas demandas, estabelecer um diálogo multi e intercultural compreensivo, e desenvolver metodologias operativas adequadas, capazes de superar as barreiras linguísticas, sociais, de gênero e culturais de acesso, ou que comprometam a continuidade e a qualidade da atenção nos serviços.<sup>40</sup> (p.146)

O campo da atenção psicossocial é desse modo, um conjunto de dispositivos e instituições que possibilitam o cuidado em saúde mental<sup>9</sup>, e que assim sendo, é um campo bem complexo, plural, polissêmico, que versa sobre o estado mental dos sujeitos e das coletividades.<sup>29,40, 41, 42</sup> Tal campo, por ser um processo social constituído desse entrelaçamento de discursos, vozes, fatos, por vezes contraditórios, repleto de tensões, contrassensos, consensos<sup>29</sup>, não se coloca como um modelo, um sistema fechado ou uma técnica.<sup>43</sup> O seu saber é construído no

caminhar, nas interseções, nas interpelações, em um movimento constante e de transformação, agenciados por diversos protagonistas em permanente negociação.

Esse campo em constante construção, inacabado por excelência, que abarcou e abarca múltiplas matrizes teóricas e modos de operação, tal como apontado por Vasconcelos<sup>40</sup>, funda uma área do conhecimento que possui por composição os acontecimentos psicológicos, sociais, biológicos e ambientais. E que para tanto,

implica não só reconhecer que a liberdade é terapêutica, como nos ensinou Basaglia (...) agora o que está em jogo é toda a existência e reprodução social dessas pessoas, seus projetos de reinvenção de novas formas de viver, e que modificam integralmente os componentes psíquicos de sua realidade (p. 142).

Compõe o campo da atenção psicossocial o conhecimento crítico da realidade, com as contradições e lutas sociais; a luta por condições dignas de vida; o reconhecimento das necessidades individuais e coletivas, a fim de aumentarem a oferta de cuidados e fomentarem o acesso ao tratamento; a ampliação e a defesa dos direitos civis, políticos e sociais, no intuito de conscientização política e empoderamento dos sujeitos; transformação dos serviços, a fim de se tornarem mais dinâmicos e funcionais aos propósitos que servem, numa constante construção de novos saberes oriundas na e da práxis; e a legitimação da possibilidade de reinvenção das diferentes formas de viver, com aceitação das diferenças inerentes a cada ser humano, e o fomento ao questionamento dos padrões, das normas, e dos mecanismos produtores de estigma e discriminação.<sup>40</sup>

Assim, na atenção psicossocial

é necessário tomar, como objeto de nossa intervenção, o cliente em suas múltiplas interações socioeconômicas e culturais (...). Isso envolve o alívio dos sintomas, o apoio e orientação à família, o suporte social, a criação de alternativas de trabalho, moradia e lazer, a existência permanente de uma referência institucional a que pacientes e familiares possam recorrer. (...) Nosso território de atuação situa-se entre a saúde e o bem-estar social, e tudo o que for da cultura de nossos clientes nos interessa. (Delgado 1997 a:42).<sup>9</sup> (p.55)

Por abarcar diversos fatores clínicos e políticos, a atenção psicossocial

envolve diferentes procedimentos, tais como 'mediar as trocas sociais' do louco no sentido de aumentar sua contratualidade (TYKANORI, 1996), favorecer um maior 'grau de gerenciamento de si próprio' em busca de maior autonomia (GOLDBERG, 1996) e 'tornar-se referência' para garantir um vínculo de confiança e uma continuidade no atendimento (GOLDBERG, 1996).<sup>44</sup> (p.137)

As ações psicossociais são construídas a partir desse entendimento mais amplo de saúde-doença, que engloba a realidade biopsicossocial, e atenção interdisciplinar no campo da saúde mental. Refere-se à responsabilidade do cuidar pelos diversos atores sociais, usuários, familiares, profissionais, comunidade de modo geral, por intermédio de diversas metodologias articuladas à terapêutica.<sup>44</sup>

A expressão responsabilização por aqueles que estão sendo cuidados acompanha o conceito de atenção psicossocial, e quer dizer se encarregar ativamente da saúde mental de um território.<sup>45</sup> E mais, assumir responsabilidade implica o estabelecimento de vínculos afetivos e profissionais com as pessoas em sofrimento psíquico, para que percebam, sintam que são ouvidas e cuidadas, e que existem pessoas dispostas a ajudá-las.<sup>29</sup>

Portanto, o modo como os serviços estão organizados, distribuídos, quem oferta e como oferta o tratamento, se dá numa indissociável relação entre a saúde, política e terapêutica, e entre usuários, profissionais de saúde, familiares e comunidade.

Rotelli, em Vasconcelos<sup>40</sup>, afirma que, na atenção psicossocial

a ênfase não é mais colocada no processo de 'cura' mas no projeto de 'invenção da saúde' e de 'reprodução social do paciente' (...) não existe mais uma saúde, mas existem mil. (...) O problema não é a cura (a vida produtiva) mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas (dos espaços coletivos) de convivência dispersa (p.79).

Com as políticas de atenção psicossocial, e a construção dos novos dispositivos de cuidado, houve uma ressignificação do perceber a crise. Para a psiquiatria clássica, a crise é entendida como uma situação de grave disfunção oriunda da doença que acomete a pessoa, a qual, quando não banalizada, precisa ser contida, sedada, eletroconvulsivada. Já sob a perspectiva da atenção psicossocial a crise passou a ser

entendida como o resultado de um uma série de fatores que envolvem terceiros, sejam estes familiares, vizinhos, amigos ou mesmo desconhecidos. Um momento que pode ser resultado de uma diminuição do limiar de solidariedade de uns para com outros, de uma situação de precariedade de recursos para tratar a pessoa em sua residência, enfim, uma situação mais social que puramente biológica ou psicológica.<sup>29</sup> (p.81)

Hoje, com a atenção psicossocial, é possível conhecer os vínculos e territórios estabelecidos pelo sujeito, os serviços conseguem acompanhar a crise; por exemplo, numa busca ativa,

procurá-lo nas localidades que frequenta, seja no bar, na sua casa, contatando as pessoas significativas para ele, enviando telefonemas, mensagens, numa estratégia de aproximação. Essa disponibilidade de ir ao encontro do sujeito em crise, faz com que ocorra a diminuição da ansiedade de familiares, vizinhos e do próprio sujeito, estabelecendo com ele vínculos de referências que ele possa também buscar quando quiser ou precisar.<sup>45</sup>

Esse é o campo da atenção psicossocial, que acolhe a crise, que promove uma relativa tranquilidade aos familiares e vizinho, possibilitando o tratamento na comunidade. O campo da atenção psicossocial retira o sujeito da posição de passividade, vítima dos poderes/saberes, e passa a reconhecê-lo como agente de mudança da sua realidade. Ele é, então, protagonista da sua história, apoiado sim, por uma rede de cuidados, que investe nele, que busca por ele quando não comparece ao serviço, que se reúne com os familiares, amigos e vizinhos, que o apoia em seu novo emprego, colocando-o sempre como autor do seu projeto terapêutico, sempre ativo diante de suas escolhas.

Nesse modelo psicossocial de atenção, ao objeto de trabalho redesenhado, ampliado e complexificado, não mais reduzido à dimensão corporal e moral da ‘doença mental’, apresenta-se a necessidade de novos instrumentos (...) um espaço de interlocução: o sujeito fala, participa de um diálogo, não inquerito, nem monólogo, e a organização institucional pressupõe a integralidade – em relação ao território e ao ato terapêutico.<sup>39</sup> (p.698)

Assim sendo, a atenção psicossocial é a marca da terapêutica, da política e da saúde, em saúde mental. “É uma atitude estratégica, uma vontade política, uma modalidade compreensiva, complexa e delicada de cuidados para pessoas vulneráveis aos modos de sociabilidade habituais que necessitam de cuidados igualmente complexos e delicados”.<sup>46</sup> (p.21)

## **Território Assistencial**

A noção de território engloba a concepção de movimento, de relação entre espaços e sujeitos, entendido por Milton Santos, em Faria e Bortolozzi<sup>47</sup>, como o recorte ou fração do espaço qualificado por seu sujeito. É o local que o sujeito escolhe para ser e estar, repleto de significações impressas por ele, e que implicado a objetos e ações, é sinônimo de espaço

humano, funcionando de modo contíguo, reunidos em continuidade territorial (horizontalidade), e por processos sociais (verticalidade).<sup>48</sup>

Uma vez que o território é determinado pelas diferentes funções espaciais ou pelos diferentes usos espaciais, não é possível entendê-lo ignorando as relações políticas e econômicas que se estabelecem no modelo capitalista de produção (SANTOS 1998b). Ao entender essas relações, que se desdobram em diferentes funções-usos espaciais, torna-se possível delimitar territorialmente um espaço para a implementação de ações práticas de saúde.<sup>47</sup> (p.37)

Diante do contexto sócio-histórico nacional das políticas de saúde mental, o território deve ser compreendido

como espaço de construções simbólicas e de pertencimento subjetivo do sujeito, portanto, território existencial. Uma vez que as estratégias dos dispositivos de atenção psicossocial preconizam o serviço de base territorial, os recursos disponíveis na comunidade devem ser instrumentalizados no intuito de propiciar respostas outras ao sofrimento psíquico dos sujeitos, possibilitando assim a emergência de novos contratos sociais que per si são transformadores de realidades subjetivas.<sup>34</sup> (p.96)

Delgado (1999:117), em Tenório<sup>9</sup>, afirma que a noção de território abarca o cotidiano, com seu contexto sócioeconômico-cultural, e não apenas o bairro de domicílio do sujeito.

Território não é apenas uma área geográfica, embora sua geografia também seja importante para caracterizá-lo. O território é constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igrejas, cultos, escolas, trabalho, boteco, etc.). É essa noção de território que busca organizar uma rede de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais e suas famílias, amigos e interessados.<sup>49</sup> (p.11)

No campo assistencial da saúde mental o território está para além da noção de dispositivos substitutivos de cuidado em saúde mental, como os CAPS, os Centros de Convivência, os Hospitais Dia, entre outros, pois os serviços de base territorial possuem por característica a atuação na comunidade.

Ou melhor, de outra forma, os enfrentamentos impactantes talvez aconteçam numa mescla entre o campo social e os dispositivos. Até porque, um dispositivo deve ser aquilo que faça encaminhar, intervir, instituir outras possibilidades de existência, abrir novas perguntas ou recolocar antigas questões com base em outros lugares ou posições a serem observadas.<sup>50</sup> (p.943)

E nessa abertura de novas possibilidades de existência, nessa contingência e provisoriedade,

o território não nos garante nada. O território é um desamparo absoluto. Ele está fora daqueles lugares que nos asseguram o exercício da clínica naquelas tradições nas

quais fomos formados: o consultório, o ambulatório, o hospital psiquiátrico, a emergência. O território é, ao mesmo tempo, aproveitando a lembrança inevitável do Guimarães Rosa, o território... “é o mundo”. Se o território é o mundo, se o território é o sertão, ele tem que ser apropriado permanentemente. Esta apropriação é a clínica. Esta apropriação não se dá como uma condição para a clínica. Ela é a clínica mesma. Porque é nesse lugar do território que construiremos o espaço, o lugar social da loucura.<sup>51</sup> (p.61)

Quando se fala em território assistencial faz-se necessária a articulação entre os diversos setores sociais, faz-se fundamental o diálogo, a busca por parcerias, a criação de estratégias para a ampliação dos recursos existentes e o compartilhamento das ações, uma vez que cada sujeito possui suas demandas específicas, com sua dinâmica própria para lidar com as dificuldades intrincadas da vida. Muitos dos complexos e concretos problemas não se resolverão com o aporte de um setor isolado, muito menos saúde mental possui resposta definitiva.<sup>37</sup> Há que se criar uma articulação entre os agentes dos diversos setores, seus poderes, vontades, saberes, para auxiliar na busca por possíveis soluções para o sujeito com transtorno mental.

A ação intersetorial necessita, portanto, num primeiro tempo, estar ancorada num ponto que não se situa no mesmo patamar do ocupado pelos demais parceiros potenciais, e que protagonizará o movimento inicial e decisivo de sua construção. É a tomada de responsabilidade pelo problema em pauta que diferencia este primeiro tempo, para que no tempo seguinte situem-se, todos, no mesmo patamar de igualdade, implicados que estarão num problema verdadeiramente comum.<sup>37</sup>(p. 277)

As ações intersetoriais, precisam então, arregimentar o campo multifacetado da Saúde Mental e garantir a atenção psicossocial no território. Pensando nessa articulação tão necessária foi realizada em 2010 a IV Conferência de Saúde Mental com ênfase às alianças intersetoriais.

A conferência reafirmou o campo da saúde mental como intrinsecamente multidimensional, interdisciplinar, interprofissional e intersetorial, e como componente fundamental da integralidade do cuidado social e da saúde em geral. Trata-se de um campo que se insere no campo da saúde e ao mesmo tempo o transcende, com interfaces importantes e necessárias reciprocamente entre ele e os campos dos direitos humanos, assistência social, educação, justiça, trabalho e economia solidária, habitação, cultura, lazer e esportes, etc. Assim, o território assistencial em saúde mental engloba as escolas, os mercados, os CRAS, os clubes, as igrejas, a vizinhança, locais onde possa ocorrer trocas, afetos, saberes, relação, continuidade, vínculo.<sup>52</sup> (p.9)

Amarante<sup>29</sup> sinaliza que

o desafio está na possibilidade de encontrar associações civis, times de futebol, entidades comerciais, enfim, alianças sociais que possam participar solidariamente da invenção de estratégias de atenção psicossocial, incluindo as pessoas em

acompanhamento nos serviços de atenção psicossocial em suas várias formas de sociabilidade já existentes ou que estejam sendo criadas (p.85).

A questão posta por Amarante é um dos desafios a ser enfrentado no campo da atenção psicossocial, e que diretamente afeta o acesso do sujeito ao tratamento em comunidade, isso porque são muitos saberes sendo desafiados a conviver, a dialogar, a contextualizar teorias, diretrizes, protocolos. Todavia,

é a construção do problema, a forma como é proposto e a posição de quem o propõe, que podem potencializar parcerias efetivas, escapando de armadilhas corriqueiras como as da rivalidade, delegação de responsabilidade ou a de expertise e mestria entre um setor e outro.<sup>37</sup> (p. 277)

Desse modo, é preciso a construção de parcerias intersetoriais, com o estabelecimento de um novo pacto social para que se crie um campo de trocas e o sujeito possa circular pelos caminhos que ele escolher trilhar, de preferência em um cenário amplo, múltiplo, intersetorial.

A noção de território assistencial pode ser, compreendida, de certa forma, como aquilo que Saraceno<sup>43</sup> chama de cenário contratual, possibilitando o processo de reabilitação do sujeito, de exercício da cidadania e da contratualidade.

O cenário a que me refiro, não termina sempre em casa, onde colocamos o pijama e tomamos café, o cenário é algo mais complexo de se definir, pois é um espaço de troca, espaço de tratamento, que pode ser, por exemplo, o supermercado, onde há mercadorias a serem compradas e consumidas, espaço social onde temos relações, e estas podem apresentar também um nível contratual alto ou baixo. Há pessoas onde a vivência na rede social é mais limitada às necessidades materiais, outras por serem pobres têm menos acesso à vida material e, portanto aumentam seus espaços de troca social, etc.<sup>43</sup> (p.15)

Tal se dá porque não há territórios iguais, há contextos e histórias, há local e global, singular e plural, uma interdependência de todos os fatores que compõe a vida humana. Assim, transforma-se o território em lugar de cuidado<sup>51</sup>, possibilitando a resignificação do que se entendeu até o presente momento por loucura e seus derivados, assim como o reposicionamento sociopolítico dos sujeitos em sofrimento mental e da sociedade<sup>53</sup>. Dito de outro modo,

as ações de saúde mental que ocorrem no território geográfico e existencial, onde o sujeito vive, em combinação com os diversos componentes da subjetividade (...) são ações complexas (...) porque no atravessamento do território geográfico com o território existencial somos obrigados a fabricar mundos.<sup>54</sup> (p.109)

Portanto, o conceito de território assistencial se constitui de modo amplo, mas não indiscriminado, há um recorte pela eleição do sujeito àqueles espaços ocupados e principalmente, vivenciados. É fato que alguns ocuparão parte ínfima desse território, enquanto outros se esparramarão diante da imensidão que se abriu com a Reforma Psiquiátrica, mediada pela escolha subjetiva. Importa sempre que haja a possibilidade de escolhas, que haja diversos caminhos possíveis, que haja investimento, responsabilização compartilhada e acolhimento dentro dos diversos setores que compõem a vida.

## **Rede e Rede Ampliada**

A construção da rede em saúde mental foi originada com a Reforma Psiquiátrica, especialmente após a II Conferência de Saúde Mental<sup>39</sup>, visando à reformulação do atendimento prestado ao sujeito em sofrimento mental, para que houvesse a integração dos serviços ofertados às necessidades populacionais. A construção de redes de atenção compõe uma das estratégias principais de consolidação do SUS para exercer a integralidade proposta, uma vez que visa uma abordagem integral do indivíduo considerando seu contexto.<sup>55</sup>

Nesse sentido, permite-se pensar que os serviços comunitários de atenção psicossocial integram as redes sociais de apoio ao sujeito. E trazem consigo a noção de mobilidade no território; não aguardam apenas a demanda espontânea, mas participam e intervêm politicamente no universo simbólico da comunidade, engendrando um aumento do 'poder contratual' do sujeito, em decorrência de seus efeitos amplificadores e permeabilizadores das relações do sujeito com o corpo social.<sup>34</sup> (p.95)

A princípio, a rede de cuidados em saúde mental se deu pela formação de serviços substitutivos ao modelo asilar, como os CAPS, Hospital-Dia, Centros de Convivência, Residências Terapêuticas, etc., com a formação de uma rede na atenção primária (UBS, ESF), e com a articulação com os Hospitais-Gerais. Porém, esse entendimento se ampliou.

A rede, por um lado, resgatava parte dos princípios colocados para a construção de um Sistema Único de Saúde (regionalização, integralidade das ações, ações de referência e contra-referência, participação popular). Por outro lado, a rede era entendida como entrelaçamento de vários âmbitos (interinstitucionais e da comunidade, entre outros) e, conseqüentemente, como forma de responsabilização desses diferentes níveis numa construção processual e coletiva.<sup>56</sup> (p.76)



A ideia apresentada é a de tirar do centro dos serviços, das instituições, como no caso dos manicômios, um saber totalitário, um único local de referência para o sujeito em sofrimento mental. Com a ideia da construção de uma rede ampliada, em que o leque de possibilidades para sujeitos únicos, com questões distintas, com vontades próprias e singulares, seja diverso e múltiplo para atendê-los, não se pode fazer do CAPS o eixo central da saúde mental. Como alerta Lobosque<sup>33</sup>

não se pode atribuir ao CAPS o papel organizador do território. O CAPS, por motivos diversos, tem certa tendência de fechar-se em si mesmo, que só pode combater quando o convocamos desde fora para o âmbito mais amplo da rede. A organização do território não lhe pode ser delegada pelo gestor sob pena de colocá-lo num lugar centralizador que o captura: cumpre convidar os diferentes pontos da rede como atores da territorialização que buscamos (p. 4591).

Mais recentemente vem ocorrendo a efetiva integração e cooperação entre a saúde, em especial com a integração da saúde mental na atenção básica, e os diversos setores sociais, como o trabalho, educação, cultura, habitação, segurança, ampliando as ações em saúde mental para todos os atores e setores da vida.

É um diálogo (...) de interlocução com todos os trabalhadores desse campo. Trabalhadores de Saúde Mental imersos no mundo dessa clínica seja nos CAPS, nas residências terapêuticas, nos centros de convivência, nos postos de saúde e na atenção básica, na rua, na casa, na sala de espera dos Juizados da Infância e da Juventude, em programas de trabalho e renda e na porta de saída das instituições fechadas. Tentando, buscando construir o espaço social para a loucura na cidade, nos diversos lugares onde se exerce essa clínica da Reforma.<sup>51</sup> (p.59)

Com a rede ampliada, os pontos de conexão esparramados por múltiplos espaços e localidades, auxiliam o caminhar do sujeito e permitem a circulação pelo território que desejar. Envolvendo o

entrelaçamento entre diversos programas, serviços e setores que funcionem de forma integrada e vinculada a uma rede, não emaranhada ou confusa mas com fortes nós de sustentação, pelos quais se cruzem diversos saberes. Essa rede deve estruturar-se com base nos recursos socioculturais e político-econômicos existentes no território (institucionais e não institucionais) em busca de uma transformação social, levando em consideração o contexto em que a população vive.<sup>57</sup> (p.138)

A rede ampliada facilita e permite a transposição daquele que foi o objeto da psiquiatria, para o sujeito desejante, uma vez que tecem com esse sujeito, no seu território, as possibilidades do vir a ser.

A mudança do sujeito-sujeitado para o sujeito-cidadão exige a construção de uma rede social que entrelace todos os âmbitos possíveis: do território às políticas globais, dos serviços às políticas públicas, dos setores específicos à intersectorialidade, da intersubjetividade à intrasubjetividade (representações sociais e representações inconscientes); o trânsito horizontal e vertical entre os âmbitos jurídico-político, sociocultural, teórico-conceitual e técnico assistencial.<sup>56</sup> (p.85)

Diante da concepção de rede de cuidado, Lobosque<sup>33</sup> aponta para alguns desafios que precisam ser levados em consideração, a fim de aumentar a possibilidade de acesso ao tratamento em saúde mental. O primeiro diz respeito à atenção à crise, e indica a falta de possibilidade de acolhimento para esse sujeito 24h, e o baixo número de CAPS III no território nacional, além da falta de possibilidade da crise ser acolhida em outros pontos da rede de cuidados; o segundo desafio versa sobre a efetiva inclusão da atenção básica na rede de cuidados; e por fim a necessidade do estabelecimento de uma articulação intersectorial com o setor de moradia, trabalho, esporte, cultura, entre outros.

Para cuidar em liberdade é preciso que essas redes sejam descentralizadas, ou seja: por um lado, não devem organizar-se em torno de um dispositivo centralizador, qualquer que seja; por outro devem estender-se na tessitura do espaço social, tornando-se cada vez menos técnicas e menos sanitarizadas.<sup>33</sup> (p.4590)

A formação de uma rede em saúde mental significa assim, a estruturação do território, e ampliação de rede de modo a aumentar as possibilidades de viabilidade e visibilidade do sujeito, antes enclausurado e alienado de si e do outro. Como consequência, maiores serão as chances de uma reabilitação psicossocial, menores o estigma e a discriminação, maior o *empowerment* de usuários e familiares, maior a articulação entre técnicos, maior a disponibilidade e vontade política, menores lacunas assistenciais, maior o progresso humano.

## **CAPÍTULO 3 - Metodologia**

O caminho metodológico pauta-se nos objetivos e possibilidades que uma pesquisa possui, de acordo com o trabalho de campo a ser feito. O método viabiliza uma abordagem estruturada da realidade a partir de perguntas feitas pelo investigador.<sup>58</sup>

As trilhas e os rumos da pesquisa contextualizam-se nas montanhas que compõem o cenário da microrregião de Itajubá, com suas 15 municipalidades. Muitos os caminhos, idas e vindas, subidas e descidas, no intuito de ampliar a compreensão da realidade de uma população, de captar a variedade de arranjos feitos, de aproximação da dinâmica deste cenário.

A investigação proposta pretende avaliar, analisar, quantificar e descrever os recursos já existentes com seus facilitadores e barreiras, assim como, em se fazendo existir, se possível, e com certa audácia, mobilizar, provocar, subverter, criar novos vieses, fomentar vínculos de alguns nós da rede de saúde mental.

Por se tratar de uma pesquisa avaliativa em saúde, pretende-se que a combinação das abordagens quantitativa e qualitativa possa servir de instrumento político, e como aperfeiçoamento de atenção à saúde mental.<sup>59</sup>

Portanto, a fim de abordar os diversos fenômenos de acesso ao tratamento em saúde mental e dar aos dados um tratamento quantitativo, a presente dissertação apoiou-se em alguns constructos da metodologia de pesquisa sobre qualidade em saúde, propostos por Donabedian.<sup>60, 61</sup>

Já, para os fundamentos da abordagem qualitativa, visando obter uma compreensão mais aprofundada das complexidades intrínsecas, da dinâmica, que constitui a rede, ou os nós de uma possível rede, de serviços na microrregião de Itajubá utilizaram-se abordagens propostas por Minayo.<sup>58</sup>

As estratégias utilizadas na pesquisa foram:

1º - cartografia/mapeamento de todas as informações da rede pública ampliada, verificando a capacidade instalada dos recursos existentes;

2º - identificação das principais lacunas com base nos parâmetros da saúde pública, a partir de roteiros de observação, entrevistas e grupos focais com os principais atores sociais implicados a fim de avaliar tais lacunas identificadas;

3º - análise e discussão dos dados obtidos para identificação das barreiras e facilitadores ao acesso.

## **Metodologia Quantitativa**

A garantia da qualidade (*Quality Assurance*) em saúde é definida por Donabedian<sup>61</sup> como todas as ações realizadas destinadas a estabelecer, proteger, promover e melhorar a qualidade do cuidado em saúde.

Para tal, Donabedian conferiu à qualidade em saúde três aspectos: o primeiro referiu-se ao conhecimento técnico-científico; o segundo as relações interpessoais entre profissionais e pacientes; e o terceiro às questões da capacidade instalada: local, equipamentos e recursos necessários existentes.<sup>60</sup>

Posteriormente, ele ampliou o conceito de qualidade e enumerou sete componentes para a mensuração: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

De modo sintético tem-se: 1 - Eficácia: É o resultado do cuidado obtido na melhor situação possível. 2 - Efetividade: É o resultado do cuidado obtido na situação real. 3 - Eficiência: É a habilidade de diminuir os custos do cuidado sem diminuir as melhorias alcançáveis em saúde. 4 - Otimização: É o balanço das melhorias em saúde contra os aumentos dos custos nessas melhorias. 5 - Aceitabilidade: É o quanto o cuidado se adapta aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e seus familiares. 6 - Legitimidade: É a conformidade com as preferências sociais expressas em princípios éticos, valores, normas, regulamentos, leis. 7 - Equidade: É o que é justo e razoável na distribuição dos cuidados e de seus benefícios.<sup>61</sup>

É no quinto pilar: aceitabilidade que a questão da acessibilidade aparece de modo mais explícito. A acessibilidade tem para Donabedian uma conotação de quão fácil uma pessoa

pode obter cuidados, dependendo para isso dos fatores geográficos/espaciais, como distância e custo de transporte; de fatores organizacionais, como os dias e horários de funcionamento dos serviços; de fatores econômicos, como ter ou não convênio médico; e de fatores sociais e culturais, como questões religiosas e étnicas. Todos são fatores que podem facilitar ou dificultar o acesso de alguém em obter tratamento.<sup>61</sup>

Para verificar o acesso ao tratamento em saúde mental na microrregião de Itajubá, foi necessário fazer uma avaliação (atribuir valor/julgamento) qualitativa em saúde, confrontando os recursos utilizados e seus arranjos, os serviços ou bens produzidos e os resultados alcançados.<sup>62</sup>

A tríade: estrutura → processo → resultado, formaliza e normatiza a avaliação da qualidade em saúde. É importante ressaltar que esses componentes não seguem sempre uma cadeia sucessiva de acontecimentos, eles podem acontecer de modo distinto, por vezes se intercalando, em outras se interpondo.<sup>63</sup>

A estrutura avalia, principalmente, a existência de dispositivos de saúde; os recursos humanos e financeiros; a qualidade e quantidade de equipamentos e materiais; qualificação dos profissionais.<sup>60</sup> Os indicadores desse eixo envolvidos na pesquisa foram: número de dispositivos da rede de assistência à saúde; número de serviços ofertados; número de profissionais envolvidos na saúde mental; cobertura do PSF; número de PSF e ACS; capacitação de SM para atenção básica.

O eixo processo é obtido, essencialmente, das relações entre os diferentes atores, é das articulações entre os serviços e os usuários de serviços que se obtém a valoração da qualidade em saúde.<sup>60</sup> Alguns dos indicadores que envolveram a pesquisa nesse eixo foram: origem dos encaminhamentos; relação entre Superintendência Regional de Saúde Mental de Pouso Alegre (SRSM-PA) e municípios; referência de internação em hospitais psiquiátricos.

Já o resultado, é compreendido como o produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrão e de expectativas.<sup>60</sup> Os indicadores desse eixo na pesquisa foram: número de pessoas atendidas/acompanhadas; número de internações; tipos de barreiras e facilitadores.

A seguir estão apresentados, de modo esquematizado, os componentes e seus indicadores.

Tabela 1 – *Indicadores utilizados na avaliação do acesso ao tratamento em saúde mental*

Acesso ao Tratamento em Saúde Mental					
Dimensão Que Se Quer Avaliar	Variáveis Observáveis e Indicadores	Pergunta Avaliativa	Modalidade de Coleta de Informação	Fonte	
<b>Barreiras e Facilitadores</b>	<b>E S T R U T U R A</b>	Nº de dispositivos da rede de assistência à saúde	Qual o nº de serviços cadastrados no DataSUS?	Acesso à internet	DATASUS
		Nº de serviços ofertados	Quais os serviços ofertados em Saúde Mental à população pelo município? O município conta com uma rede em saúde para o acolhimento e tratamento de pessoas e crianças com transtorno mental, e álcool e drogas?	Entrevista com gestores, coordenadores e profissionais de saúde envolvidos na Saúde Mental	Entrevista
		Nº de profissionais envolvidos	Quanto psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, TOs, agentes comunitários, enfermeiros, estão envolvidos nas ações de saúde mental no município?	Entrevista com gestores, coordenadores e profissionais de saúde envolvidos na Saúde Mental	Entrevista
		% de Cobertura do PSF	Qual a abrangência do PSF no município? Quantos médicos da família, enfermeiros, agentes comunitários?	Entrevista com gestores, coordenadores e profissionais de saúde envolvidos na Saúde Mental	Entrevista
		Nº de PSF e Agentes Comunitários de Saúde	Qual a abrangência do PSF no município? Quantos médicos da família, enfermeiros, agentes comunitários?	Entrevista com gestores, coordenadores e profissionais de saúde envolvidos na Saúde Mental	Entrevista
		Capacitação de SM para Atenção Básica	Há capacitação/treinamento da atenção básica em saúde mental? Com que frequência? Qual a carga horária?	Entrevista com gestores, coordenadores e profissionais de saúde envolvidos na Saúde Mental	Entrevista
<b>Barreiras e Facilitadores</b>	<b>P R O C E S S O</b>	Nº de Origem dos Encaminhamentos	Como a pessoa que busca/precisa de tratamento em saúde mental pode obtê-lo? Qual o procedimento?	Entrevista com gestores, coordenadores e profissionais de saúde envolvidos na Saúde Mental	Entrevista
		Referência de internação em Hospital Psiquiátrico	Quando o município considera que há necessidade de internação psiquiátrica para onde são encaminhados aqueles que precisam?	Entrevista com gestores, coordenadores e profissionais de saúde envolvidos na Saúde Mental	Entrevista
<b>Barreiras e Facilitadores</b>	<b>R E S U L T A D O</b>	Nº de Pessoas Atendidas	Qual a demanda do município por serviços de Saúde Mental?	Entrevista com gestores, coordenadores e profissionais de saúde envolvidos na Saúde Mental	Entrevista
		Nº de Internações		Apresentação da Superintendente Regional de Pouso Alegre - Helena Abreu	Colegiado de Saúde Mental
		Barreiras	Em sua opinião, quais são as principais barreiras que a pessoa que precisa/procura tratamento em saúde mental encontra em seu município?	Entrevista com gestores, coordenadores e profissionais de saúde envolvidos na Saúde Mental	Entrevista
		Facilitadores	Em sua opinião, o que favorece (facilitador) o acesso da pessoa que busca tratamento em saúde mental no município?	Entrevista com gestores, coordenadores e profissionais de saúde envolvidos na Saúde Mental	Entrevista

## Metodologia Qualitativa

O método qualitativo está voltado para o "estudo da história, das relações, das representações, das percepções, das crenças, e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam".<sup>58</sup> (p.57) Ou seja, tudo o que diz respeito ao humano, suas construções, suas relações, seus significados, sua composição e posição diante da vida.

Minayo<sup>58,64</sup> enfatiza que, em uma investigação social, é necessário que se compreenda e se respeite a dinamicidade dos acontecimentos numa perspectiva global e local, percebendo as diferentes nuances de cada contexto, de cada grupo social, as diferentes especificidades culturais, e os diferentes registros têmporo-espaciais.

A abordagem qualitativa então é aquela que valoriza a historicidade dos sujeitos, suas falas, os arranjos elaborados por eles, como eles circulam na e pelas cidades, como eles se utilizam dos serviços e equipamentos disponíveis, como, onde e com quem criam laços, gerando uma multiplicidade de significados. O qualitativo implica em um destaque para a experiência humana, para a subjetividade, aos sentidos produzidos nessas relações, nessas trocas, nessas alteridades, nesses fluxos do viver.

O pesquisador, sem perder de vista a importância da objetividade, mensura seus dados buscando os fenômenos sociais dentro de seus contextos, atentando-se para a maneira como é experienciado, vivido e visto pelos participantes.<sup>65,66</sup> Os dados analisados e avaliados produzem inferências abrangentes, apontando para a dinamicidade do objeto das ciências sociais, sendo o conhecimento sobre o tema em discussão considerado criticamente, a fim de constituir conceitos e categorias, utilizando-se de técnicas apropriadas para a produção de análises.<sup>58</sup>

Esse método permite um diálogo entre os fatores subjetivos e objetivos do campo estudado e seus atores, focando na descrição do significado do fenômeno, enfatizando seu contexto sociocultural, explorando o modo como cada fenômeno foi constituído dentro da comunidade ao longo do tempo.<sup>67</sup> Esse vetor etnográfico da pesquisa "supõe um investimento em ambos os polos da relação: de um lado, sobre os atores sociais, o grupo e a prática que estão sendo

estudados e, de outro, a paisagem em que essa prática se desenvolve entendida não como mero cenário, mas parte constitutiva do recorte de análise”.<sup>68</sup> (p.132)

Assim, a pesquisa qualitativa aborda a linguagem, as palavras e falas como um meio para explorar os processos de comunicação e os modos de interação dentro de determinado grupo social, a descrição e a interpretação dos significados subjetivos atribuídos às situações e ações, e os padrões de descoberta e conexões verificados nos dados qualitativos.<sup>65,67</sup>

## **Coleta dos Dados**

Minayo<sup>58</sup> afirma que os instrumentos de trabalho de campo na pesquisa qualitativa possuem por objetivo realizar a mediação entre os marcos teórico-metodológicos e a realidade empírica. Para tal foram utilizados na pesquisa observações, visitas informativas, entrevistas semiestruturadas e grupos focais. Durante todo o processo investigativo o registro da pesquisa se deu através do diário de campo.

## **Observação e Diário de Campo**

A observação qualitativa envolve decidir sobre o que, onde, quem, quando observar, em suma, escolher intencionalmente o contexto a ser pesquisado de acordo com o tema a ser estudado.<sup>69</sup> De forma peculiar as observações se fazem por meio de um instrumento que, na maioria das vezes, é o próprio pesquisador<sup>70</sup>, mas que se distingue de um mero curioso, por possuir um objetivo claro de pesquisa, por trata-se de uma observação planejada e registrada.<sup>71</sup>

Para as visitas informativas e exploratórias do campo e para a participação do pesquisador no Colegiado de Saúde Mental, e nos eventos que discutiram as questões sobre álcool e outras drogas, foram criados alguns roteiros de observação para posterior registro no diário de campo.

O diário de campo é um instrumento que permite ao investigador registrar em seu bloco de notas as impressões obtidas em conversas informais, observações de comportamentos contrários às falas dos entrevistados, apreciações do local, hipóteses e interpretações pessoais. Cada pesquisador tem seu modo particular de registrar aquilo que escapa ao roteiro, mas que pode ser muito bem-vindo no momento da análise. Assim, o uso do diário de campo permite que o pesquisador sistematize, a seu modo, as experiências, e possa, no momento da análise dos dados recorrer a ele.

## **Entrevistas**

No intuito de obter informações mais precisas sobre os facilitadores e as barreiras ao acesso ao tratamento em saúde mental na microrregião, decidiu-se pela realização de roteiros de entrevistas semi-estruturadas, e não questionários. Um roteiro de entrevista possui por característica ser mais flexível, com questões abertas, o que propicia falas mais ricas de conteúdos subjetivos e a possibilidade da emergência de novos temas, o que não seria favorecido pelo uso de um questionário.

A entrevista semiestruturada é aquela que direciona a exploração dos dados sobre um tópico específico, com um roteiro contendo uma lista de perguntas e dicas para guiar a entrevista, permitindo uma conversa repleta de narrativas das vivências dos informantes, contemplando os objetivos do pesquisador e as falas dos entrevistados.<sup>58,67</sup>

Para a realização das entrevistas foi feita a aproximação ao campo entre os meses de fevereiro a outubro de 2012, com visitas às 15 cidades. O pesquisador se apresentou pessoalmente para cada um dos secretários ou responsáveis pela saúde mental nos municípios. Expôs os objetivos da pesquisa, e a forma de devolução da análise dos dados obtidos. Os participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo1), contendo os objetivos da pesquisa, bem como explicitando a garantia da confidencialidade das informações.

Foram entrevistados nos municípios: seis Secretários de Saúde, quatro Coordenadores de Saúde Mental e nove Profissionais da Atenção Básica. Ocorreu também uma entrevista com a Coordenadora Técnica do CAPS-Bezerra de Menezes, uma entrevista com a Coordenadora do

PSF de Itajubá, e uma entrevista com a SRSM-PA. Os roteiros das entrevistas aplicadas encontram-se nos anexos 4, 5, 6 e 7. A exceção de quatro entrevistados que preferiram não ter suas entrevistas gravadas, as demais foram gravadas em áudio, com posterior transcrição.

Cada entrevistado foi identificado como P1, P2, P3, P4(...) sucessivamente, a fim de manter o maior anonimato possível. Foram identificadas nominalmente, com o consentimento das mesmas, a SRSM-PA e a Coordenadora de Saúde Mental de Itajubá.

Das entrevistas foi possível obter, além dos dados qualitativos, dados quantitativos para a avaliação da qualidade dos serviços e recursos disponíveis à população que demanda atendimento em saúde mental, álcool e outras drogas.

### **Grupos Focais**

Grupo Focal é uma técnica para coletar informações sobre determinado tema a partir de encontros entre pessoas que compartilham alguma vivência sobre o assunto em questão. É por meio da interação no grupo que o pesquisador pode explorar os tópicos de pesquisa a serem estudados, uma vez que essa técnica propicia a exposição de opiniões, ideias, sentimentos, crenças, representações, e as razões para determinadas manifestações pelos e entre os participantes. Esse método possibilita que os participantes sintam-se mais confortáveis ao enunciarem suas opiniões por compartilhar experiências semelhantes.<sup>58,67,72,73</sup>

Como mencionado anteriormente, ocorre na pesquisa qualitativa uma intencionalidade contextual e amostral, justamente por se tratar de uma pesquisa que requer mais tempo para ser realizada, já que seu objetivo é compreender os processos sociais. Assim sendo, o propósito foi identificar grupos de pessoas que representassem de alguma maneira as características populacionais a ser estudada.<sup>70</sup>

A pesquisa foi realizada com dois grupos focais distintos. Um com a participação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e outro com a participação de familiares de pessoas com transtornos mentais atendidas no CAPS-Bezerra de Menezes.

O pesquisador utilizou dois roteiros, suficientemente provocadores, para facilitar o debate entre o grupo de ACS e o de Familiares (anexos 9 e 10).

O pesquisador se apresentou pessoalmente a cada grupo, falou sobre os objetivos da pesquisa, e sobre a forma de devolução da análise dos dados obtidos. Todos participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexos 2 e 3), contendo os objetivos da pesquisa, bem como explicitando a garantia da confidencialidade das informações.

Os participantes do grupo de ACS foram identificados como ACS 1, 2, 3, 4, 5 e 6, e os participantes do grupo de familiares como F1, F2, F3 e F4. As reuniões com os grupos foram gravadas em áudio, com posterior transcrição.

A reunião com o grupo focal de ACS foi realizada na Escola de Enfermagem Wenceslau Braz, mediante solicitação prévia, prontamente atendida.

O critério de seleção para a participação no grupo focal de ACS foi de o município estar a no máximo 30 minutos de distância de Itajubá. A esses municípios foram encaminhadas, a quem de direito, nas respectivas prefeituras, cartas de solicitação (anexo 8) para selecionarem pelo menos 1 ACS.

O grupo focal de ACS contou com 6 participantes: 3 de Itajubá, 1 de Piranguinho, 1 de Piranguçu e 1 de Delfim Moreira. A reunião do grupo focal teve duração de 1 hora e 40 minutos.

Familiares de usuários que frequentam o CAPS Dr. Bezerra de Menezes foram convidados a participar da reunião do grupo focal de familiares. A reunião foi realizada neste CAPS, mediante autorização prévia.

Participaram do grupo focal de familiares 4 pessoas, sendo 2 mães, 1 avó e 1 irmã, representando 3 usuários. A reunião do grupo focal teve duração de 1 hora e 28 minutos.

## **Análise dos Dados**

Diante da proposta apresentada vê-se que existe uma extensa quantidade de informações obtidas pelas observações diretas e indiretas, registros no diário de campo, entrevistas e grupos focais, não sendo viável uma avaliação e análise superficial e rápida dos dados. Por isso, foi realizada uma triangulação de métodos, em que resultados oriundos de fontes

diferentes, independentes, com métodos de coleta diversos são comparados a fim de proporcionar um cenário mais amplo do aspecto estudado.<sup>70</sup>

A triangulação dos dados e métodos permite então comparações e convergências de perspectivas, analisando o maior número de aspectos possíveis da pesquisa, aumentando o entendimento deste fenômeno complexo.<sup>67,74</sup>

Há, na triangulação, por ser uma investigação das estruturas, processos e resultados juntamente aos significados atribuídos pelos participantes sobre o tema pesquisado, a possibilidade de compreender tanto os dados subjetivos, como a intenção, os significados, a compreensão, quanto os dados objetivos, como os indicadores, as frequências, as médias, ampliando a possibilidade de entendimento do problema, a confiabilidade e relevância dos dados apurados.<sup>58</sup>

A triangulação é composta pela formulação do objeto, elaboração dos indicadores, escolha bibliográfica, construção dos instrumentos para a coleta das informações, organização e realização do trabalho de campo, análise das informações coletadas e elaboração dos resultados.<sup>58</sup>

Na etapa da análise das informações, faz-se necessário ordenar os dados, classificá-los e analisá-los. Essa análise é constituída por alguns passos que auxiliam na operacionalização da técnica interpretativa. 1 - Ordenação dos dados: inclui a transcrição das gravações, releitura do material, organização e classificação dos relatos e organização dos dados de observação. 2 - Classificação dos dados: primeiro com leitura horizontal e exaustiva dos textos, a fim de apreender as estruturas relevantes, as ideias centrais e a postura das pessoas sobre o tema; posteriormente com uma leitura transversal, gerando recortes em unidades de sentido, estabelecendo as categorias empíricas do estudo. 3 - Análise final: configura-se pelo movimento circular entre empírico e teórico, concreto e abstrato, particular e geral.<sup>58</sup>

A triangulação dos dados é, portanto, um processo reflexivo que enriquece sobremaneira uma avaliação em saúde mental, na medida em que leva à compreensão de que dados subjetivos, como significado e intencionalidade, e objetivos, como indicadores e frequência, possam ser inseparáveis e interdependentes.<sup>58,65</sup>

## **Compartilhamento dos Resultados**

A análise dos resultados da pesquisa será apresentada no Colegiado Regional de Saúde Mental com o objetivo de validar e disseminar os resultados da pesquisa, com a participação de usuários, familiares, gestores, e profissionais da saúde e assistência social da microrregião de Itajubá.

As prefeituras e os participantes da pesquisa receberão por meio virtual uma cópia da dissertação, ou impressa, quando assim solicitada.

## **Aspectos Éticos da Pesquisa**

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do IPUB/UFRJ, e aprovado sob o CAAE 0063.0.249.000-11, parecer 035 Liv 4 -12, de 17/01/2012 (referendado no parecer 100, ibidem, de 10/12/2012). Foi organizado seguindo as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, Resolução 196/96, onde se estabelece que pesquisas envolvendo seres humanos precisam atender às exigências éticas e científicas, como o consentimento livre e esclarecido, a ponderação entre riscos e benefícios, e a relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa.

Os dados foram coletados mediante contato com os gestores (secretários/coordenadores) dos serviços, solicitando a participação dos mesmos ou de pessoas indicadas por eles, diretamente vinculadas à saúde mental de seus municípios.

Aos entrevistados e aos participantes dos grupos focais foi apresentada explicação verbal com esclarecimentos sobre o projeto, bem como foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexos 1, 2 e 3). Os dados foram coletados somente após a autorização e assinatura do Termo.

## **Declaração de Conflito de Interesse**

Não houve conflito de interesses.

## CAPÍTULO 4 – Serviços de Saúde da Microrregião de Itajubá-MG

### Descrição Exploratória dos Recursos Existentes

A microrregião de Itajubá, localizada, no estado de Minas Gerais é composta por 15 municípios, com uma extensão territorial de 3108,104 km<sup>2</sup>, e um total de 196.039 habitantes. Itajubá é a principal cidade dessa composição, com concentração de 46% do total populacional da microrregião.

Itajubá localiza-se a 442 km de Belo Horizonte (Capital Mineira), a 261 km da cidade de São Paulo, e a 304 km da cidade do Rio de Janeiro, o que a mantém em uma rota facilitada de transferências de mercadorias, pessoas e saberes.

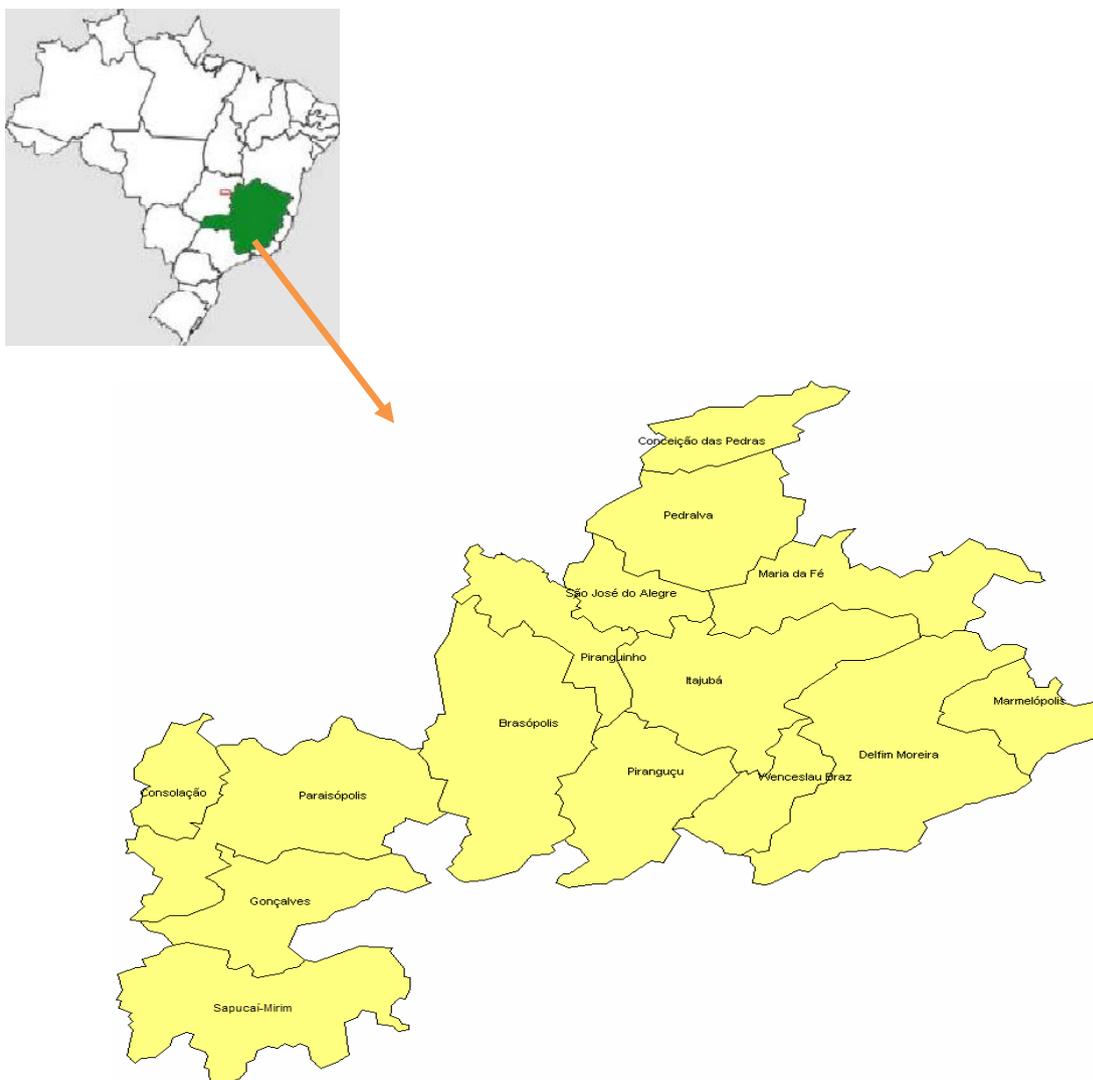


Ilustração 2 - Contexto Socioeconômico da Microrregião de Itajubá-MG

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

A cidade possui um dos maiores distritos industriais do sul de Minas Gerais, com indústrias de grande e médio porte, especialmente os de alta tecnologia. Por exemplo, as empresas Mahle (fabricação de cilindros à montagem integral de motores), Helibras (única fabricante brasileira de helicópteros), Higident (fabricação de sabonetes infantis, sabonetes cosméticos e de higiene pessoal) e Imbel (Indústria de Material Bélico do Brasil).

A renda média por habitante em Itajubá, que até 2000 era de 900 reais, em 2001 se aproximou de 4 mil reais<sup>vi</sup>. Com base no Índice de Desenvolvimento Humano - IDH, Itajubá ocupa a posição 292 entre os 5566 municípios brasileiros.

No que diz respeito à educação, Itajubá está bem ranqueada quanto ao índice de alfabetização da ONU, com 0,928. Está instalada em Itajubá a Universidade Federal de Itajubá - UNIFEI, e mais seis universidades privadas, entre elas a Faculdade de Medicina de Itajubá e a Escola de Enfermagem Wenceslau Braz.

Tabela 2 - Indicadores socioeconômicos dos municípios da microrregião

Microrregião de Itajubá	Nº de hab.	Nº de hab. pop rural	Extensão Territorial (Km <sup>2</sup> )	PIB (em Reais) per capita	IDH	Taxa de alfabetização
<b>Brasópolis</b>	14.661	6.770	361,160	6.964,71	0,735	0,817
<b>Conceição das Pedras</b>	2.749	1.240	101,562	9.367,48	0,751	0,820
<b>Consolação</b>	1.727	777	85,936	6.275,32	0,703	0,763
<b>Delfim Moreira</b>	7971	4946	408,181	4689,04	0,720	0,822
<b>Gonçalves</b>	4.220	3.056	187,596	5.153,96	0,759	0,807
<b>Itajubá</b>	90.658	7894	290,450	14.468,22	0,815	0,928
<b>Maria da Fé</b>	14.216	5.833	203,774	6.093,55	0,733	0,842
<b>Marmelópolis</b>	2.968	1.411	107,861	5.490,68	0,721	0,807
<b>Paraisópolis</b>	19.379	3.321	331,510	15.062,13	0,779	0,845
<b>Pedralva</b>	11.467	5.904	217,298	7.159,71	0,740	0,817
<b>Piranguçu</b>	5.217	3.445	206,417	6.267,01	0,734	0,808
<b>Piranguinho</b>	8.016	3.063	130,334	5.348,84	0,757	0,855
<b>São José do Alegre</b>	3.996	1.095	89,243	5.742,33	0,756	0,843
<b>Sapucaí-Mirim</b>	6.241	2.458	284,796	5.902,33	0,757	0,793
<b>Wenceslau Braz</b>	2.553	2.458	101,986	5.736,72	0,743	0,821

Fonte: IBGE – Cidades e Atlas do Desenvolvimento Humano. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) (2000).

<sup>vi</sup> [http://veja.abril.com.br/070301/p\\_082.html](http://veja.abril.com.br/070301/p_082.html)

Tabela 3 – Contexto socioeconômico da microrregião de Itajubá-MG

Total de Habitantes	Total de Habitantes da Zona Rural	Extensão em Km <sup>2</sup>	Média do PIB per capita	Média do IDH	Média da Taxa de Alfabetização
196.039	53.671	3.108,104	7.314,80	0,746	0,825

Fonte: IBGE – Cidades e Atlas do Desenvolvimento Humano. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) (2000).

De modo geral as cidades da microrregião vivem da produção agropecuária. Algumas se destacam pela produção de café, como Brasópolis e Conceição das Pedras, outra dos olivais como Maria da Fé. Piranguinho é conhecida como a capital nacional do pé-de-moleque, um tipo de doce muito popular no Brasil. Paraisópolis agrega indústrias de autopeças. Há também aquelas que exploram o turismo de suas regiões montanhosas da Serra da Mantiqueira e seus recursos hídricos abundantes: Gonçalves, Marmelópolis, Delfim Moreira e Sapucaí-Mirim.

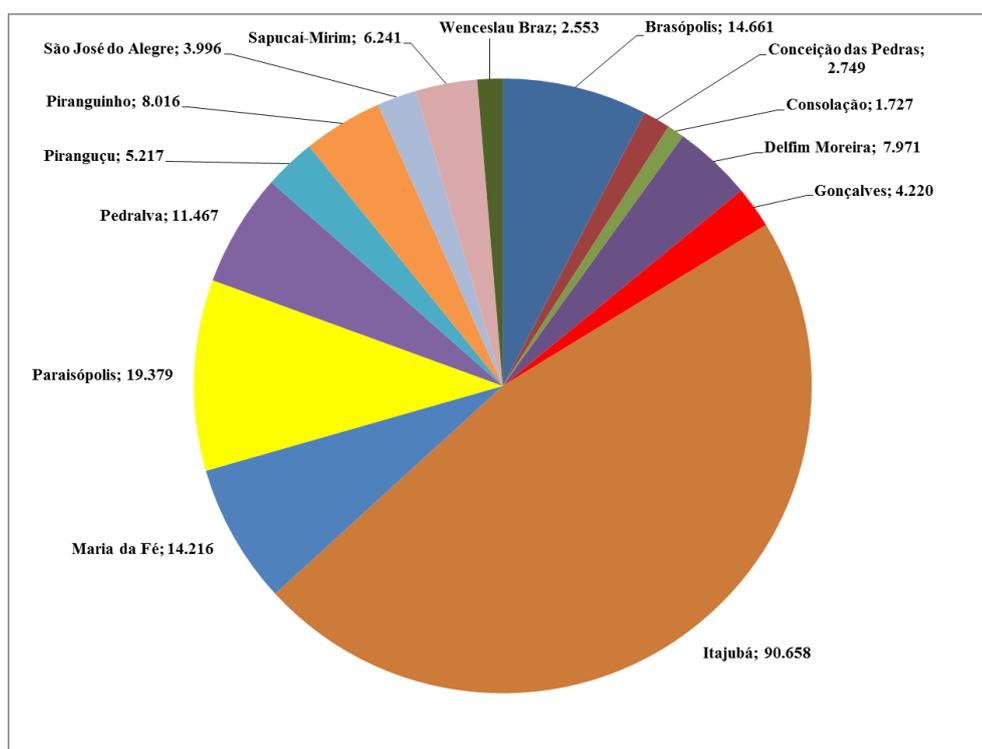


Gráfico 1 - Distribuição da População na Microrregião de Itajubá.

## **Análise Quantitativa dos Dados**

As ações de proteção, promoção e melhoria da qualidade dos serviços existentes e a criação de novos serviços, demandam um mapeamento de indicadores e dos recursos disponíveis. Para tal é preciso combinar diferentes procedimentos a fim de se obter uma avaliação mais completa da qualidade dos serviços.

Os dados da pesquisa de campo foram organizados em categorias para que pudessem melhor apresentar os resultados quantitativos sobre as barreiras e os facilitadores ao acesso ao tratamento em saúde mental.

É importante lembrar que os eixos: Estrutura, Processo e Resultado, configuram termos de uma avaliação quantitativa da qualidade em saúde, e que assim sendo, não são atributos de qualidade em si, mas tipos de informações que podem ser usadas para a inferência da qualidade de um determinado serviço.

### **Eixo: Estrutura**

Compõem o eixo da Estrutura os dados obtidos via DATASUS e pesquisa de campo.

#### Rede de Assistência

As informações sobre a rede de assistência à saúde da microrregião foram extraídas do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), pelo portal do DATASUS.

Os dados da rede de assistência à saúde de Itajubá serão apresentados separadamente dos dados das demais municipalidades, para que os serviços disponíveis na maior cidade da microrregião sejam evidenciados.

Tabela 4 – Rede de assistência à saúde em Itajubá-MG

<b>Estabelecimentos</b>	<b>Público</b>	<b>Filantrópico</b>	<b>Privado</b>	<b>Sindicato</b>
<b>Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde</b>	25	0	0	0
<b>Clinica Especializada/Ambulatório Especializado</b>	0	1	33	0
<b>Consultório Isolado</b>	21	0	99	1
<b>Hospital Geral</b>	0	1	2	0
<b>Policlínica</b>	1	0	0	0
<b>Posto de Saúde</b>	1	0	0	0
<b>Pronto Socorro Especializado</b>	0	0	1	0
<b>Pronto Socorro Geral</b>	0	0	2	0
<b>Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia</b>	1	0	45	0
<b>Unidade de Vigilância em Saúde</b>	1	0	0	0

Fonte: DATASUS (Dez 2009) via CNES - situação da base de dados nacional em 10/04/2010. Número total de estabelecimentos prestando ou não serviços ao SUS

Tabela 5 - Rede de assistência à saúde nas demais municipalidades

<b>Estabelecimentos</b>	<b>Público</b>	<b>Filantrópico</b>	<b>Privado</b>	<b>Sindicato</b>
<b>Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde</b>	27	0	0	0
<b>Ambulatório Saúde Mental</b>	1	0	0	0
<b>Clinica Especializada/Ambulatório Especializado</b>	3	3	5	0
<b>Consultório Isolado</b>	14	0	53	1
<b>Hospital Geral</b>	1	3	0	0
<b>Policlínica</b>	2	0	1	0
<b>Posto de Saúde</b>	16	0	0	0
<b>Pronto Socorro Especializado</b>	0	0	0	0
<b>Pronto Socorro Geral</b>	0	0	0	0
<b>Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia</b>	2	0	7	0
<b>Unidade de Vigilância em Saúde</b>	10	0	0	0
<b>Farmácia Popular</b>	1	0	0	0

Fonte: DATASUS (Dez 2009) via CNES - situação da base de dados nacional em 10/04/2010. Número total de estabelecimentos prestando ou não serviços ao SUS

Analisando as Tabelas 4 e 5 percebe-se que o número de recursos instalados em Itajubá se equipara ao número distribuído entre os outros 14 municípios. Contudo, no que diz respeito a

serviços de saúde mental, Itajubá apresenta-se desprovida de qualquer serviço credenciado, o que não ocorre em pelo menos uma das cidades da região.

### Serviços Ofertados para o Tratamento em Saúde Mental e Profissionais Envolvidos

Os equipamentos instalados da rede de assistência à saúde na microrregião e os profissionais envolvidos em saúde mental são, principalmente, os vinculados à atenção primária. Todas as municipalidades oferecem acompanhamento em saúde mental pelos PSF e pelas UBS, geralmente sendo executado por profissionais específicos, como alguns enfermeiros ou clínicos designados para tal cuidado.

Os serviços ofertados pelos municípios não representam, necessariamente, os serviços executados de fato, mas sim a disponibilidade de contar com aquele serviço caso haja necessidade.

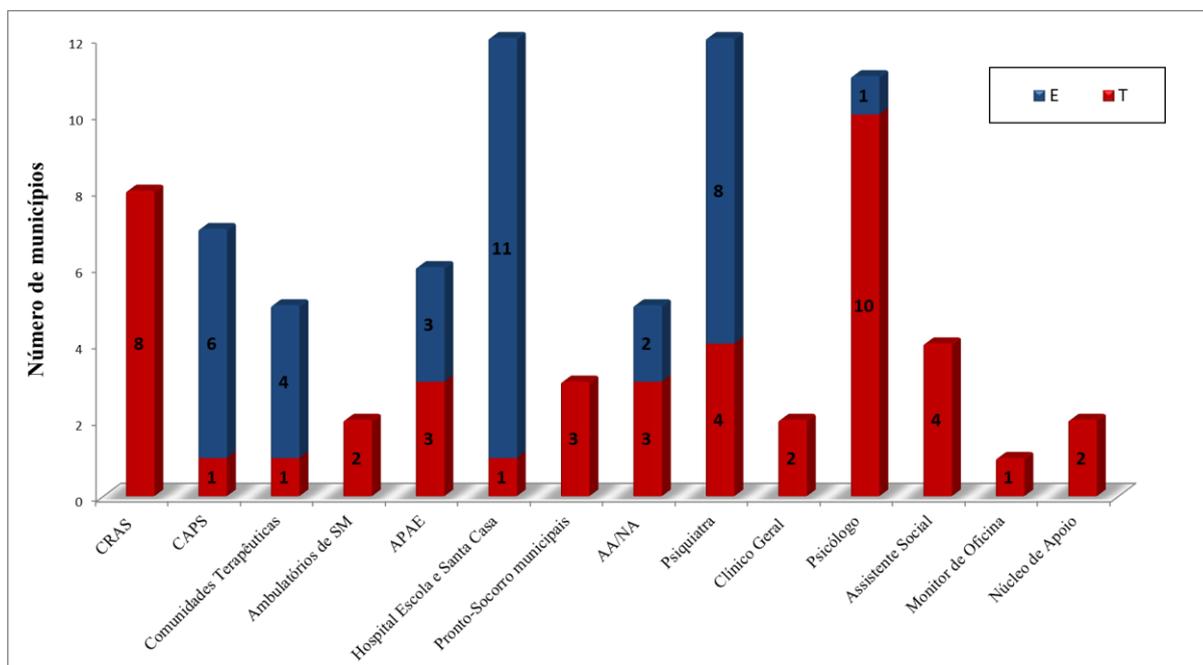
Tabela 6 – Serviços ofertados para o tratamento em saúde mental e profissionais envolvidos

MUNICÍPIOS	INSTITUIÇÕES							APOIO COMUNITÁRIO	PROFISSIONAIS					
	CRAS	CAPS	Comunidades Terapêuticas	Ambulatórios de SM	APAE	Hospital Escola e Santa Casa	Pronto-Socorro municipais	AA/NA	Psiquiatra	Clínico Geral atuando como psiquiatra	Psicólogo	Assistente Social	Monitor de Oficina	Núcleo de Apoio
Brasópolis	T			T			T							
Conceição das Pedras			E		E					T	T			
Consolação						E			E					
Delfim Moreira			E			E		T	E		T	T	T	
Gonçalves	T	E				E			T		T	T		T
Itajubá	T	T	T		T	T		T	T		T			
Maria da Fé	T	E	E			E	T		E		T			
Marmelópolis		E				E			E			T		
Paraisópolis				T	T		T	T						
Pedralva	T				T	E			T		T			T
Piranguçu	T	E			E	E			E		T			
Piranguinho	T	E	E		E	E		E	E	T	T			
São José do Alegre						E			E		E			
Sapucaá-Mirim	T					E		E	T		T			
Wenceslau Braz		E				E			E		T	T		

Legenda: T = possui o serviço e/ou o profissional E = encaminha para o serviço e/ou profissional

Pela Tabela 6, pode-se observar que a maioria dos atendimentos ocorre por encaminhamentos realizados aos serviços localizados na cidade de referência. Outra informação relevante é a existência de psicólogos atuantes em quase todos os municípios. A microrregião se utiliza do Hospital Escola e Santa Casa de Itajubá em situações emergenciais, sendo que três cidades possuem prontos-socorros. Tanto os hospitais quanto os prontos-socorros têm acesso ao SUSFácil, caso necessitem de internação psiquiátrica.

Uma melhor noção da distribuição dos serviços ofertados e dos profissionais envolvidos no cuidado em saúde mental pode ser observada em números no Gráfico 2.



Legenda: T = possui o serviço e/ou o profissional E = encaminha para o serviço e/ou profissional

Gráfico 2 – Distribuição dos serviços ofertados e profissionais envolvidos no cuidado em saúde mental na microrregião.

Ressalta-se a existência de dois ambulatórios de saúde mental, um credenciado há quase 20 anos, na cidade de Brasópolis e outro não credenciado em Paraisópolis, sendo nomeado pela equipe como Estratégia da Saúde Mental da Família. O CAPS Dr. Bezerra de Menezes, localizado em Itajubá, é referência para sete municípios da microrregião, embora ainda não esteja credenciado ao SUS.

As demais municipalidades precisam encaminhar as pessoas com transtornos mentais para o acompanhamento com psiquiatras em Itajubá, sendo que a maior parte delas conta apenas com duas vagas por mês, incluindo crises, consultas e retornos, os quais são autorizados pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Alto Sapucaí (CISMAS).

Os Ambulatórios de Brasópolis e de Paraisópolis possuem psiquiatra, psicólogo(s), agente(s) comunitário(s), terapeuta ocupacional, enfermeiros, técnicos de enfermagem, monitor (es). Já o CAPS Dr. Bezerra de Menezes possui psiquiatra, enfermeiro, técnicos de enfermagem, educador físico, monitores voluntários.

Quatro cidades contam com psiquiatra em seu corpo médico, que auxiliam nos atendimentos emergências e de controle medicamentoso. O município de Delfim Moreira possui parceria com um psiquiatra específico de Itajubá, e todos os casos são encaminhados para ele. Nas cidades de Piranguinho e Conceição das Pedras um dos clínicos contratados também presta atendimento em psiquiatra quando necessário, uma vez que também são psiquiatras.

Como a microrregião não possui um CAPS-AD, e o atendimento especializado no Hospital Escola não comporta atender essa demanda, cinco municípios encaminham as pessoas dependentes de álcool e outras drogas para tratamento em comunidades terapêuticas.

A presença da assistência social em parceria com a saúde mental seja via assistentes sociais (4 municípios) ou via CRAS (8 municípios), é um suporte importantíssimo, especialmente em municípios pequenos, que não possuem muitos recursos humanos para compor os cuidados em saúde mental.

Oficinas terapêuticas são ofertadas em 6 cidades. Em Piranguinho, Piranguçu e Gonçalves são realizadas pelos CRAS; em São José do Alegre e Consolação pela atenção básica; e em Delfim Moreira por psicólogos, assistentes sociais e atenção básica.

Com relação às crianças com transtornos mentais, à exceção de Brasópolis e Paraisópolis, que possuem estrutura em seus serviços de saúde mental para realizarem atendimentos, as cidades contam com o apoio mais específico de suas APAE ou da APAE de Itajubá.

### Atenção Básica e Saúde Mental

A instalação de PSF em todo o território nacional se amplia cada dia mais, especialmente porque eles são, na maioria dos municípios de pequeno porte, como os existentes na microrregião estudada, a principal fonte de acesso à saúde.

O Gráfico 3 demonstra a amplitude de cobertura do PSF em cada município, e a quantidade de PSF e ACS. Vê-se que 10 cidades possuem 100% de cobertura. Na cidade referência a atenção básica como um todo ainda está se estruturando. Claramente ela é a cidade com a menor porcentagem de cobertura, ao mesmo tempo em que apresenta o maior número de agentes comunitários.

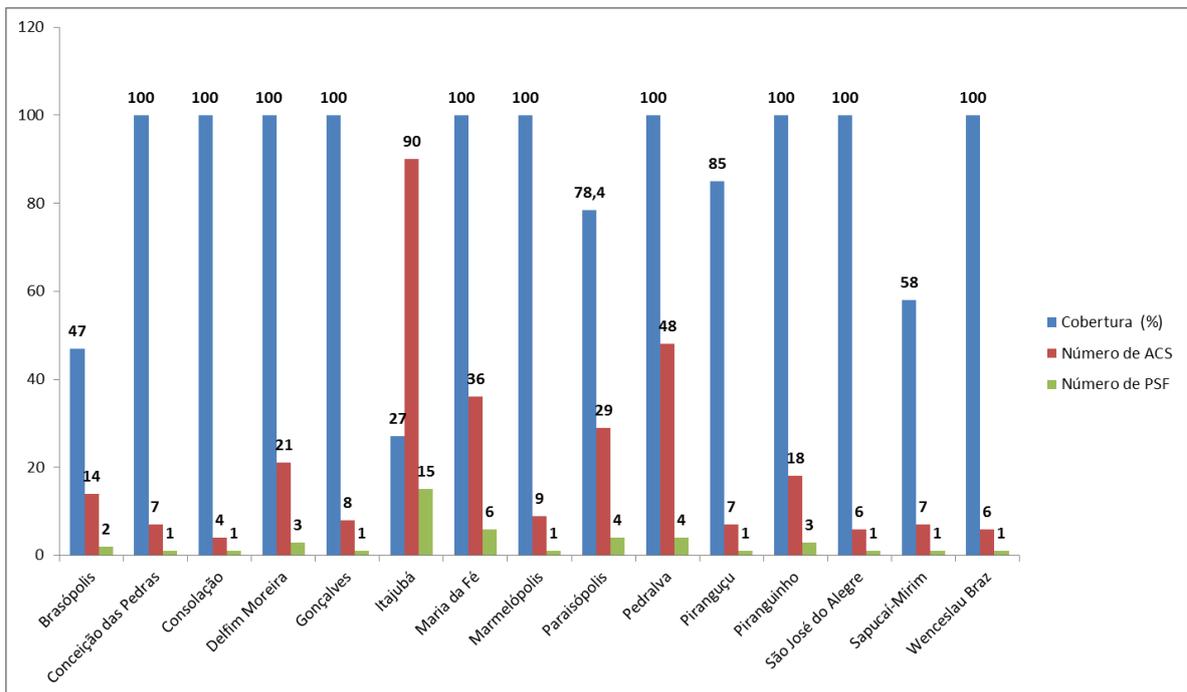


Gráfico 3 - Cobertura em porcentagem e número de PSF e ACS em cada município

O cuidado em saúde mental é complexo, uma vez que envolve questões muito singulares, desde como abordar o sujeito com esquizofrenia em crise dentro de sua casa, ou aquele com depressão que não consegue sair de seu quarto, ou mesmo as situações envolvendo o consumo abusivo e dependência de álcool e outras drogas de seus vizinhos. Por isso a capacitação dos profissionais da atenção básica pode fazer a diferença na hora de lidar com tais ocorrências.

No que diz respeito à capacitação em saúde mental, o Gráfico 4 demonstra que 9 municípios, 60% deles, realizam algum tipo de capacitação com certa frequência para a sua atenção básica. Algumas vezes são encontros marcados pela Regional de Pouso Alegre, outras capacitações internas anuais, outras por necessidade da própria equipe de saúde mental que fomenta encontros e discussões. Todavia, 40% dos trabalhadores da atenção básica não receberam nenhuma ou não recebem capacitação alguma há mais de um ano, deixando uma margem alta de profissionais na microrregião sem a devida instrumentação e suporte adequados para atuar em campo.

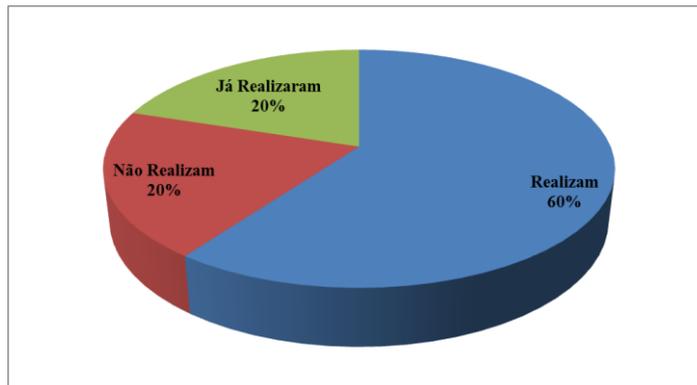


Gráfico 4 - Porcentagem de municípios que realizam capacitações em saúde mental para profissionais da atenção básica

### **Eixo: Processo**

Quando se analisa a dimensão estudada: barreiras e facilitadores ao acesso ao tratamento em saúde mental faz-se necessário pensar os diferentes processos, ou seja, por quais caminhos os sujeitos com transtornos mentais, ou acometidos pelo uso abusivo e/ou dependente de álcool e outras drogas, chegaram ou não ao tratamento.

As origens dos encaminhamentos para o tratamento em saúde mental apresentadas no Gráfico 5 fornecem indicadores do processo, uma vez que demonstram de que maneira o sujeito obteve acesso aos serviços de saúde mental.

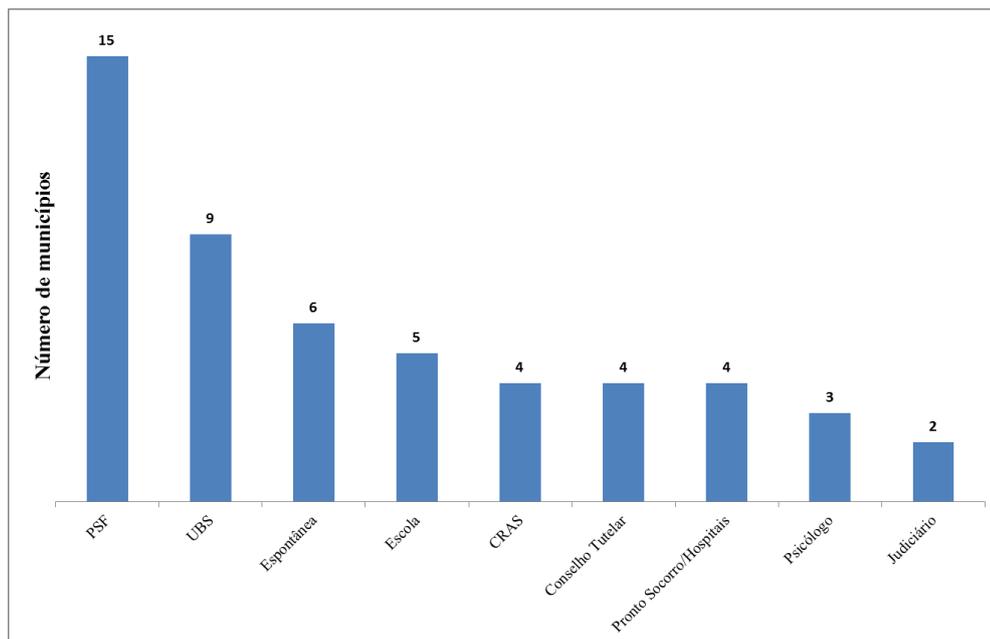


Gráfico 5 - Origem dos encaminhamentos para tratamento em saúde mental

A via de acesso mais comum, devido a sua abrangência na microrregião, são os PSF. Concomitantemente, 9 municípios utilizam a UBS como porta de entrada para os cuidados em saúde mental. As escolas (5 cidades), os conselhos tutelares (4 cidades) e o judiciário (2 cidades) são as fontes de encaminhamento mais comuns de crianças e adolescentes.

Seis cidades mantêm como via facilitada de acesso a procura espontânea. Todavia, em alguns municípios, a fim de evitar a demanda excessiva, criam-se mecanismos de controle, como por exemplo, todas as pessoas interessadas em ser atendidas por especialistas (psiquiatra ou psicólogo) precisam passar primeiro pelo clínico da UBS e serem devidamente encaminhadas.

Três cidades apontaram os prontos-socorros como o caminho para se obter tratamento ambulatorial ou especializado. No entanto é necessário incluir os procedimentos de internação psiquiátrica, via SUSFácil realizados tanto pelos prontos-socorros quanto pelos hospitais gerais. Algo digno de nota é o fato de profissionais de esses estabelecimentos internarem pessoas em crise sem diálogo com os profissionais da saúde mental das respectivas cidades, acarretando em internações computadas para os municípios, sem a ciência ou consentimento da maioria deles.

A relação estabelecida entre a RTSM-PA e os municípios da microrregião faz parte do eixo processo. Há, por parte da RTSM-PA, uma relação direta com os responsáveis pela saúde mental nos municípios, pois além dos Colegiados de Saúde Mental que promovem discussões, informação e educação, há incentivos e cobranças para a implantação de serviços de saúde mental na microrregião, bem como a solicitação do "paradeiro" de pessoas egressas de hospitais psiquiátricos.

Todos os municípios da microrregião possuem por referência de internação pelo SUS Fácil o Hospital Otto Krakauer em Passos e o Hospital Psiquiátrico Gedor Silveira em São Sebastião. A Casa de Saúde Paulo Menicucci Ltda em Lavras foi descredenciada por não apresentar condições para atender a população.

No que diz respeito ao fluxo dos serviços, tópico bastante relevante dentro do eixo processo, observou-se a falta de conexão entre os serviços, o que diz de uma rede não estabelecida, falha e incompleta, com poucos nós de amarração.

## **Eixo: Resultado**

O eixo resultado aponta diretamente o cuidado em saúde, pautando-se na relação da população com os serviços de saúde. De modo específico na pesquisa ele é identificado por: quantas pessoas foram atendidas em cada município; quantas pessoas foram internadas; quais as barreiras e facilitadores de acesso foram citados pelos entrevistados.

### Atendimentos em Saúde Mental

Os atendimentos em saúde mental na microrregião se resumem em: acompanhamento do PSF; atendimento com clínicos em UBS; atendimento com psicólogos, psiquiatras; tratamento no CAPS; tratamento em comunidades terapêuticas; participação em oficinas/grupos terapêuticos.

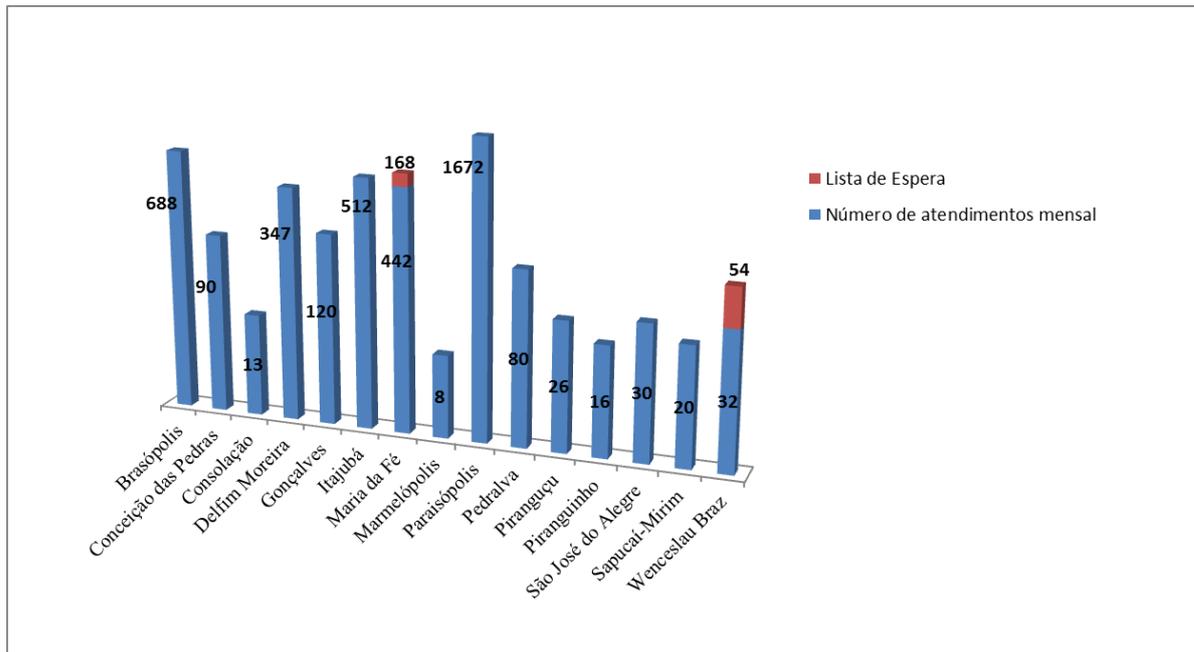


Gráfico 6 - Distribuição da demanda por atendimento em saúde mental na microrregião de Itajubá

Os dados apresentados no Gráfico 6 correspondem ao período em que as entrevistas foram realizadas. Os números expostos de cada município sinalizam apenas parcela da população que buscou atendimento, uma vez que existem muitas pessoas fazendo uso abusivo de benzodiazepínicos, ou que são dependentes de álcool e/ou outras drogas mas que não foram contabilizadas por todos os municípios. Constatou-se que a maioria deles não dispunham de registros precisos e sistematizados dessa população para acompanhamento.

Observou-se que as cidades que possuem algum tipo de serviço de saúde mental como Brasópolis e Paraisópolis apresentam um maior número de atendimentos realizados, com oferta de tratamento psicológico, psiquiátricos acompanhamento com enfermagem, visitas domiciliares, e oficinas terapêuticas.

O número de atendidos nas cidades de Gonçalves, Sapucaí-Mirim, Pedralva correlaciona-se principalmente com atendimentos realizados por psiquiatras que atuam diretamente no município.

Já Marmelópolis destaca-se por possuir uma das demandas mais baixas da microrregião.

Nas tabelas abaixo são apresentados os procedimentos e o número de atendidos de alguns municípios que possuíam dados mais detalhados.

Tabela 7 - Principais procedimentos realizados pelo serviço de saúde mental de Paraisópolis

<b>Paraisópolis – Serviço de Saúde Mental (outubro/2012)</b>					
<b>Especialidades</b>	<b>Atendimentos Individuais</b>	<b>Atendimentos em Grupos ou Oficinas</b>	<b>Visitas Domiciliares</b>	<b>Acolhimento</b>	<b>Número de Atendimentos Mensais</b>
Agente Comunitário	0	20	126	35	330
Assistente Social	6	9	3	27	100
Enfermagem	567	13	19	46	774
Psicologia	17	25	0	16	204
Psiquiatria	203	0	7	0	216
Terapia Ocupacional	0	3	0	16	48

Paraisópolis possui registros sistemáticos dos procedimentos realizados no município. Na Tabela 7 são apresentados os procedimentos de maior relevância no trabalho de cada profissional envolvido.

Verifica-se que o maior número de atendimentos localiza-se nos acompanhamentos ambulatoriais de enfermagem. Os ACS do ambulatório são responsáveis pela maioria das visitas domiciliares e por grande parte dos acolhimentos. Destaca-se, ainda o fato do psiquiatra não ter realizado nenhum acolhimento no mês de outubro, o que demonstra uma postura não médico-centrada da equipe de saúde mental.

Tabela 8 - Principais procedimentos realizados em saúde mental nos municípios de Maria da Fé, Wenceslau Braz e Delfim Moreira

Maria da Fé		Wenceslau Braz		Delfim Moreira	
Comunidade Terapêutica	4	Atendimento Psicológico	12	Atendimento Psiquiatria/mês	16
CAPS	1	Em tratamento no CAPS	2	Atendimento Psicológico	200
Atendimento Psicológico	437	Em atendimento com Psiquiatra Infantil Hospital Escola	2	12 Oficinas Terapêuticas	60
Lista de Espera Psicóloga	118	Identificados como dependentes de Álcool e outras Drogas	16	Grupo alcoolistas	8
Lista de Espera Psiquiatra	50	Lista de Espera Psiquiatra	54	Grupo familiares	18
				Clínica geral com ênfase em saúde mental	40/45

Os dados de Maria da Fé demonstram que os atendimentos do município está concentrado nos atendimentos psicológicos que são realizados geralmente em grupo a fim de envolver o maior número de pessoas. Há um elevado número de pessoas aguardando em lista de espera tanto para atendimento psicológico quanto para atendimento com psiquiatra.

Wenceslau Braz possui uma lista de espera para atendimento em psiquiatria muita alta, especialmente se considerarmos que sua população é de apenas 2.553 habitantes.

O município de Delfim Moreira consegue atender sua demanda realizando oficinas terapêuticas, atendimentos psicológicos e uma clínica médica voltada para a saúde mental, incluindo aqui os casos de álcool e outras drogas.

Tabela 9 - Principais procedimentos realizados em saúde mental nos municípios de Itajubá, Brasópolis, Conceição das Pedras e Piranguçu

Itajubá		Brasópolis - Ambulatório de SM		Conceição das Pedras		Piranguçu	
Acompanhamento PSF/PACS (apenas os casos graves)	320	Enfermagem	300	Atendimentos mensais	80 /90	Atendimento Psicológico (Total)	11
		Psicólogo	60/70			Adolescentes	3
CAPS	46	Psiquiatria	100	Transtornos mentais severos	11	Adultos	5
Comunidades Terapêuticas	126	Oficinas	170			Atendimento Psicológico	5
		Visitas Domiciliares	20	Drogas	1		
APAE	20	Acolhimentos diários	04/07			Grupo Saúde Mental em Parceria com CRAS	15

O Ambulatório de SM de Brasópolis realiza a maior parte dos seus acompanhamentos por procedimentos da equipe de enfermagem. Mais da metade dos usuários em acompanhamento realizam oficinas terapêuticas.

Em Conceição das Pedras o número de atendimentos mensais é decorrente do acompanhamento realizado pelos ACS e pela psiquiatra que faz parte do corpo clínico na UBS.

Piranguçu tem os atendimentos em saúde mental sendo desenvolvido principalmente por psicóloga da UBS em parceria com o CRAS, o que tem facilitado e proporcionado o cuidado em saúde mental via atenção básica.

Itajubá, cidade referência da microrregião, não apresenta dados completos de sua demanda. Os atendimentos são distribuídos em diversos serviços como: psiquiatras e psicólogos particulares; baixa cobertura do PSF (27%); AA/NA; grupos de apoio para familiares de dependentes de álcool e outras drogas; atendimentos no Hospital Escola e na Santa Casa; atendimento na Faculdade de Psicologia (FEPI – Centro Universitário de Itajubá), entre outros.

Os dados acima apresentados foram obtidos nos PSF, do relatório do CAPS à Coordenação de Saúde Mental, do relatório das internações realizadas pelo município nas Comunidades Terapêuticas e de conversa informal com o psiquiatra da APAE-Itajubá.

Tabela 10 - Acompanhamento dos PSF e PACS em Itajubá

<b>PSF e PACS Itajubá</b>	<b>Psicotrópicos</b>	<b>Graves<sup>vii</sup></b>	<b>Álcool</b>	<b>Drogas Ilícitas</b>
PACS - Jd das Colinas	186	35	-	-
PACS - CAIC	11	11	-	-
Boa Vista	360	57	91	81
PACS - Rebourgen 1	121	46	-	-
Rebourgen 2	92	20	-	-
Piedade	101	15	208	94
Santa Luzia	115		80	160
PACS - Santa Rosa	32	9	55	36
Cruzeiro	227	26	296	
Vila Isabel	341	42	100	47
Avenida/São Judas Tadeu	195	17	11	42
Medicina/Anhumas	147	17	24	26
Zona Rural I	313	11	53	
PACS - Zona Rural II	136	14	252	
Santo Antônio	131		46	36

A Tabela 10 – apresenta os dados sobre os acompanhamentos realizados via PSF e PACS em Itajubá. Quando não há médico para atuar nas ESF, os municípios as rotulam como Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)<sup>75</sup>, instituído e regulamentado em 1997, que tem uma função estratégica de transição para a composição de uma equipe mínima completa da ESF.<sup>76</sup> A ausência de médicos nos PSF ocorre por algumas razões, entre elas pode-se mencionar os contratos instáveis estabelecidos entre os médicos e as prefeituras, uma vez que em cidades com pouca arrecadação financeira não se pode ter em sua folha de pagamento nenhum funcionário concursado ganhando mais que o prefeito. Esse fato ocorre na maioria das cidades de pequeno porte. Outra razão que pode ser mencionada é que a maioria dos

<sup>vii</sup> Durante a pesquisa foi percebido que muitos enfermeiros falavam dos psicotrópicos quando se referiam aos casos de depressão e ansiedade, e chamavam de “grave” os medicamentos utilizados pelas pessoas com esquizofrenia e transtorno bipolar, por exemplo.

médicos ainda tem uma formação de “consultório”, e não estão dispostos a trabalhar em diferentes cenários, como muitas vezes o médico do PSF precisa fazer.

Estão alocados em Itajubá 9 ESF e 5 PCS.

Os PACS do Jardim das Colinas e CAIC não possuem levantamento sobre as pessoas que fazem uso de álcool e drogas.

O PACS Rebourgeon-1 e PSF Rebourgeon-2 registram junto aos usuários de psicotrópicos aqueles que fazem uso de tabaco, álcool e outras drogas.

Os PSF Cruzeiro e Zona Rural I, e o PACS Zona Rural II não separam em seus registros as pessoas dependentes de tabaco das pessoas dependentes de álcool e outras drogas.

Os PSF Santa Luzia e Santo Antônio mantêm uma única listagem sobre as pessoas que fazem uso de medicamento controlado da “saúde mental”, incluindo os psicotrópicos e os casos graves.

### Internações Psiquiátricas

As internações psiquiátricas, embora recomendada apenas em casos extremos, continuam a ocorrer na microrregião. A Tabela 11 apresenta o número de internações realizadas em 2011 e também as taxas de internações a cada 1000 habitantes em 2010 e 2011.

Esses dados foram apresentados por Helena Abreu Paiva, RTSM-PA, na XXVII Reunião de Colegiado de Saúde Mental. Os hospitais de internação mencionados são: Hospital Otto Krakauer em Passos e o Hospital Psiquiátrico Gedor Silveira em São Sebastião e Casa de Saúde Paulo Menicucci Ltda em Lavras.

Tabela 11 – Internações realizadas até dezembro de 2011

Municípios	População	Gedor Silveira	Otto Krakauer	Menicucci	Total 2011	Taxa 2011	Taxa 2010
Conceição das Pedras	2.744	0	0	0	0	0	0
Consolação	1.727	0	0	0	0	0	0,57
Marmelópolis	2.968	0	0	0	0	0	0
Piranguinho	8.009	0	0	0	0	0	0
Wenceslau Braz	2.495	0	0	0	0	0	0
Delfim Moreira	7.971	1	0	0	1	0,12	0,37
Sapucaí-Mirim	6.241	1	0	0	1	0,16	0,96
Piranguçu	5.219	1	0	1	2	0,38	0,76
Itajubá	90.654	25	7	6	38	0,41	0,54
Paraisópolis	19.388	7	2	0	9	0,46	0,51
São José do Alegre	3.992	0	0	2	2	0,5	1,25
Pedralva	11.463	6	0	1	7	0,61	0,34
Brasópolis	14.663	7	3	0	10	0,68	1,09
Maria da Fé	14.209	9	1	0	10	0,7	0,77
Gonçalves	4.220	3	1	0	4	0,94	0,23

Fonte: RTSM-PA

Observa-se que os municípios de Conceição das Pedras, Marmelópolis, Piranguinho e Wenceslau Braz não internaram ninguém nos anos de 2010 e 2011, o que sinaliza um bom desempenho da atenção básica em manejar as situações de crise, e manter a estabilidade dos casos. Consolação conseguiu zerar o número de internações no ano de 2011.

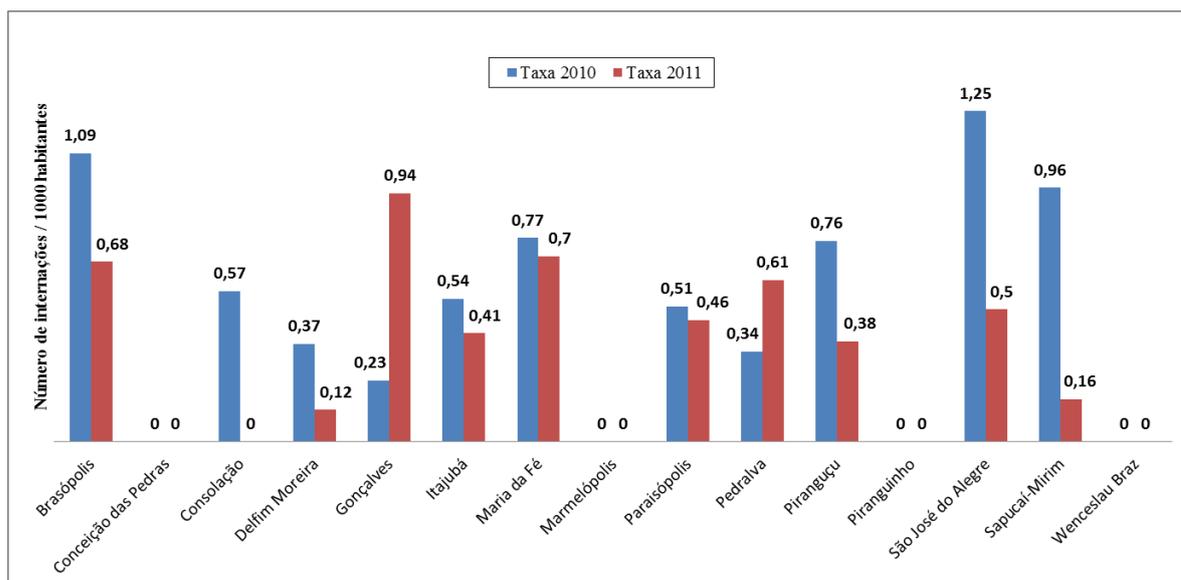


Gráfico 7 – Comparação das taxas de internações entre os anos 2010 e 2011 na Microrregião de Itajubá

Em uma comparação entre os municípios vê-se que nove deles tiveram queda nas suas taxas de internações, o que aponta para uma possível melhora do prognóstico da região. Tal melhora pode ser reflexo do maior número de profissionais envolvidos no tratamento em saúde mental, especialmente os da atenção básica.

#### As barreiras e os facilitadores ao acesso

O acesso à saúde mental é composto por diversos componentes articulados que devem resultar na possibilidade do sujeito receber tratamento. Todavia, muitas vezes o sujeito não consegue ser atendido por conta das inúmeras barreiras que o cercam, desde as geográficas às subjetivas. Por isso é importante que sejam identificadas tanto as barreiras quanto os facilitadores para que sejam realizadas ações que minimizem os impeditivos ao recebimento do tratamento adequado.

As barreiras e os facilitadores apresentados nos Gráficos 8 e 9 são originadas das entrevistas realizadas e foram dadas de maneira espontânea, sem que houvesse sugestão ou interferência da pesquisadora.

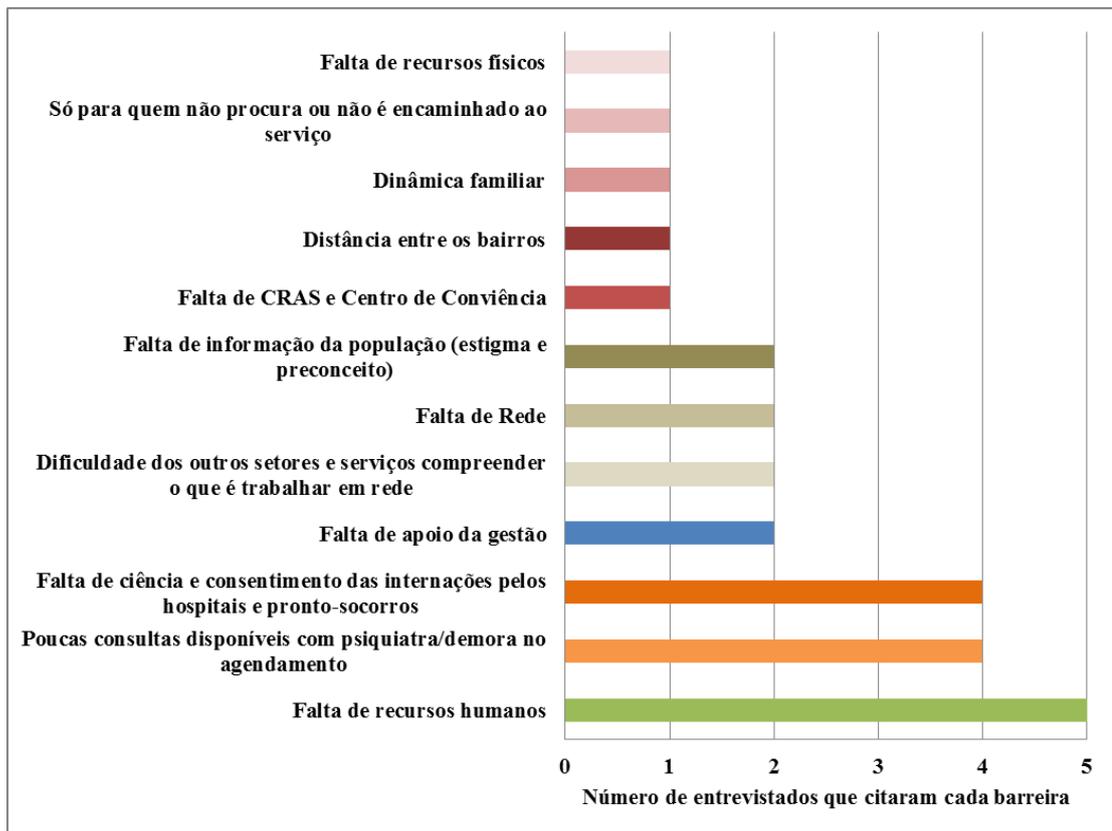


Gráfico 8 - Barreiras ao acesso ao tratamento em saúde mental da microrregião de Itajubá

Observa-se no Gráfico 8 que a principal barreira mencionada pelos entrevistados diz respeito à falta de recursos humanos. Quatro entrevistados compreendem que a falta de atendimento especializado também é uma barreira bastante relevante.. Outra barreira citada são as internações sem o consentimento da equipe de saúde mental dos municípios por parte dos hospitais de referência e pronto-socorros.

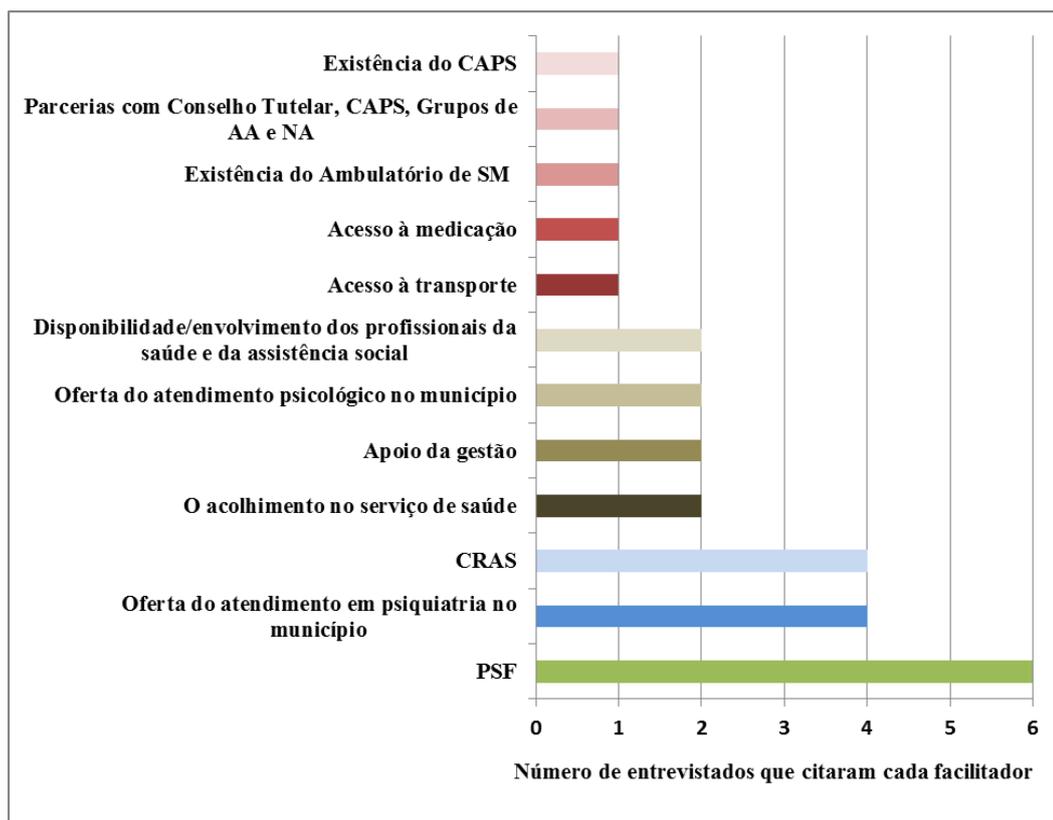


Gráfico 9 - Facilitadores ao acesso ao tratamento em saúde mental na microrregião de Itajubá

O facilitador com mais menções feitas foi o relacionado à existência e atuação dos PSF, uma vez que eles são essencialmente a linha de frente de qualquer tratamento em saúde na microrregião. A presença dos psiquiatras nos municípios e sua atuação direta, prescrevendo medicação e contendo crises, e indireta, dando suporte para toda a equipe de saúde, foi apontada por 4 dos entrevistados. Igualmente mencionado por quatro dos entrevistados a atuação dos CRAS também têm impulsionado o cuidado em saúde mental em muitos municípios.

## **CAPÍTULO 5 – Acesso ao Tratamento na Percepção de ACS e Familiares**

### **Análise do Grupo Focal com ACS**

A ESF tem sido a principal porta de acesso do brasileiro ao sistema de saúde, tendo por propósito levar a saúde para mais perto da população. As ESF fazem parte das comunidades, e cada uma delas é responsável por um território específico e por uma população definida. A ideia de proximidade da saúde com a comunidade aumenta a qualidade de vida e facilita ações de promoção, prevenção e reabilitação. Cada ESF é composta de no mínimo um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e de ACS.

A atuação da ESF propicia procurar a pessoa aonde mora, utilizando o cadastramento de todos os moradores da região. As famílias são conhecidas por nome e suas histórias de vida. O princípio da ESF é tentar resolver na localidade os problemas a fim de evitar encaminhamentos desnecessários, e principalmente, promover o acompanhamento e corresponsabilidade do cuidado. A dinâmica é focada na própria equipe e não na figura do médico<sup>77</sup>, tanto é que equipes sem médicos continuam funcionando, atuando nas comunidades, como PACS.

Na atenção básica os ACS são elementos fundamentais para o desenvolvimento das intervenções e o acompanhamento da comunidade. Eles são o elo que conecta a população ao sistema de saúde: facilita e possibilita o acesso à saúde.

No grupo focal houve a participação de 6 ACS, sendo 3 de Itajubá, 1 de Piranguinho, 1 de Delfim Moreira e 1 de Piranguçu.

Tabelas 12 - Participantes do Grupo Focal de ACS

Participante	Tempo como ACS	Número de Famílias Visitadas/Mês
ACS 1	6 meses	147 urbana e rural
ACS 2	2 anos	140 rural
ACS 3	8 anos	119 urbana e rural
ACS 4	3 anos	135 urbana
ACS 5	2 anos	140 urbana
ACS 6	8 anos e 6 meses	140-170 urbana

O ACS é um membro da equipe de saúde, ao mesmo tempo em que, mora no território que presta atendimento, tornando-se um desafio inovador: *A gente tá fazendo dois papéis, e isso é o que acho que sobra pra gente. Porque a gente aponta a voz do povo, mas também é o porta voz da saúde, é um vice-e-versa (ACS1)*. E o ACS 6 complementa - *A gente fica na linha de fogo, dos dois lados*. Isso porque ele pertence, geralmente, à comunidade em que atua.

Ele ocupa e perambula em um “espaço” na equipe entre o que é denominado ora como ‘o social’, ora como ‘o cultural’, estando do lado dos usuários, mas também, do lado do institucional, da equipe e do corpo profissional da saúde. Isso gera tensão diária, que dificulta a inserção do ACS e a delimitação de suas atribuições. O ACS representaria duas vozes, usuário e serviço, ou como optaram Nunes et al (2002), por denominá-lo como um agente polifônico: o porta-voz da instituição e da comunidade, que ora facilitaria, ora dificultaria a relação comunidade-serviço de saúde.<sup>76</sup> (p.375)

Essa relação estabelecida entre os ACS e a comunidade da qual pertence é ao mesmo tempo um facilitador e uma barreira ao acesso à saúde. Um facilitador porque conhece as necessidades da população à qual atende, e uma barreira porque está emocionalmente envolvido. Ao mesmo tempo em que ele se dispõe a exigir e a encaminhar a pessoa para um tratamento de qualidade, ele muitas vezes precisa passar correndo na rua para não ser reconhecido pelo vizinho e ter que prestar atendimento em horários e situações inadequadas para ele. *É por isso que eu falo que a gente precisa de saúde mental pra nós, porque a gente é um imã mesmo (ACS5)*.

O ACS precisa estar disponível para atender as necessidades e demandas de sua população, mas ao mesmo tempo conseguir estabelecer um cuidado para consigo mesmo, pois do contrário entram em exaustão, como expresso pelo ACS3: *Há 7 anos atrás, eu estava assim me vendo participar do grupo, não como ajudante, mas no grupo inserido. 'Eu tô doente, estou adoecida'. A identificação é essa mesma.*

Ou ainda: *É por isso a gente fica super sobrecarregado, porque a gente sabe que eles confiam, e aí a gente quer resolver aquele problema, mas você não consegue (AC6). Ainda mais se ele mora na quadra deles e na rua da unidade (ACS1).*

Em outros casos, o ACS se sente frustrado e inseguro diante de sua prática, pois tenta solucionar o problema, mas não sabe como. Sente-se incapaz. Crê que não está apto ou não tem o perfil adequado, quando na verdade falta capacitação para toda a equipe, supervisão frequente, espaços de troca entre os trabalhadores da atenção básica junto aos profissionais da saúde mental. Falta o matriciamento do cuidado em saúde mental para proporcionar retaguarda especializada em muitos municípios da microrregião.

A fala abaixo ilustra a necessidade premente de suporte e amparo aos ACS, à saúde mental desse trabalhador que sai na linha de frente sem os paramentos e instrumentos adequados ao trabalho.

*Eu não me sinto preparada para lidar com a saúde mental. Por quê? Aconteceu um fato na minha área que o pai foi procurar a agente: a agente era eu. Havia meses que o filho não saía do quarto, que não estava se alimentando, e ele queria que eu fosse lá pra tentar tirar ele do quarto. Num primeiro momento eu fiquei com medo de entrar na casa dele, aí chamei a enfermeira, fui eu e a enfermeira. A enfermeira subiu em cima da cama, pra tentar ver se ele estava respirando, sabe umas coisas assim? (risos aflitos). (...) Tivemos que chamar o corpo de bombeiros, mas eles disseram que não podiam pegar a força. Só sei dizer que foi uma loucura, e eu fiquei perdendo noites de sono pensando como eu ia resolver aquilo. Sabe quando você se sente responsável? E eu não tinha... Se o próprio pai não resolve, eu vou resolver? Mas eu fiquei mal. Fiquei pensando assim: Meu Deus do Céu! Eu tenho um tanto de pessoas psiquiátricas na minha área e eu não sei lidar. Não é que não sei lidar com as pessoas, mas é que eu sofro demais com os casos das pessoas. (...) Porque lá no meu íntimo*

*eu quero solucionar o problema da pessoa. Mas eu não me sinto capacitada pra fazer isso. E você vai contar pra onde? (ACS4).*

Com relação ao entendimento do grupo sobre o que é SM e o modo como eles identificam os casos de SM, a maioria das respostas giram em torno das observações mensais que fazem de cada pessoa/família visitada.

*A gente identifica observando a pessoa, a gente tá sempre observando. Você vê que a pessoa tá mudando. Tá chorando demais, se tá muito triste, e aí a gente vai e encaminha pra coordenadora. Teve um caso que todas as vezes que eu ia a pessoa chorava. Depois ia no mês seguinte, chorava de novo, e de novo. Eu fui uma, duas, 3, 4 vezes, e todas às vezes ela chora, e tudo quanto é coisa ela chora. Esse é um caso pra observar essa pessoa (ACS2).*

As surpresas percebidas por esses profissionais, esses estranhamentos, alertam o ACS e o levam a reportar o caso para a equipe.

Para o ACS 5 a SM é entendida da seguinte maneira: *A pessoa que está no fundo do poço mesmo, com depressão mesmo. Tem um estado que você tá depressiva, que você tá triste hoje, e a amanhã você já tá feliz de novo, pra mim é isso. Mas a saúde mental não, você tá ali no fundo do poço mesmo.*

E a definição se completa pelo ACS 3: *Acho que acaba sendo o físico, o social, e o mental. É o adoecimento disso, dos três.*

Há uma questão bastante relevante no diz que respeito à saúde mental que é o uso excessivo, constante e sem acompanhamento adequado dos “medicamentos da saúde mental”, como popularmente são chamados, por exemplo, os benzodiazepínicos e antidepressivos.

*Nesse levantamento que a gente fez eu fiquei muito chocada, porque o médico sabe que a pessoa toma medicação. Mas aí quando perguntei: há quanto tempo? Ela responde: ‘faz 15 anos que eu tomo isso’. Direto tomando isso? ‘Direto! Eu não posso ficar um dia sem’. Eu fico chocada. Já faz 2 anos que eu tô. E nesses 2 anos a gente já familiarizou bastante. Porém, se a gente for ver o negócio é sério. Teve uma senhora que faz 25 anos que toma aquele diazepam (ACS2).*

*Banalizou demais isso do medicamento. Porque ninguém quer mais ficar doente, ninguém quer mais ter problema. Qualquer coisa você toma um remedinho, e esquece. Então banalizou muito (ACS6).*

Todavia, esse próprio ACS alerta para a prevenção e promoção a saúde para a qual a atenção básica precisa se voltar: *A gente tá falando aqui dos casos mais graves, mas também tem aqueles casos que se a gente não tomar cuidado agora, a pessoa começa a desenvolver outros transtornos que podiam ser cortados ali na base (ACS6).*

Com relação à obtenção de tratamento com suas barreiras e facilitadores, alguns ACS consideraram que não há muita dificuldade para que alguém obtenha tratamento em saúde mental nos seus municípios, elas apenas precisam ser identificadas. *Identificando certinho, a gente encaminha certinho (ACS 2).*

Todavia, há dificuldades em conseguir atendimento na cidade referência, que é Itajubá, pois o número de vagas é restrito para ser atendido por psiquiatra, e há muita demora em se conseguir marcar uma consulta. De modo geral, as pessoas precisam entrar em filas de espera, tanto para atendimento com psiquiatras quanto com psicólogos. Algumas prefeituras vêm criando mecanismos para suprir a necessidade da população com as chamadas “consultas sociais”, que são aquelas que a prefeitura paga metade e o usuário a outra metade, a fim de não deixar a pessoa que precisa de atendimento com especialista em desamparo.

Há também outras situações apresentadas pelos ACS como barreiras para quem busca tratamento em saúde mental, que está centrada na própria pessoa que não se reconhece como necessitando de tratamento, seja porque não quer tratamento, seja porque não se reconhece precisando de suporte, seja por estigma e preconceito sobre a própria doença. *Eu acho que a maior barreira é convencer a pessoa que ela precisa de ajuda (...) Eu acho que o mais difícil é quando você enxerga que a pessoa precisa mas ela não quer, isso eu acho difícil (ACS1).*

A falta de profissionais para dar conta dos atendimentos é outra barreira apontada pelo grupo de ACS.

Para os ACS, muitos profissionais da atenção básica ainda não perceberam a importância do tratamento aberto na comunidade, e tem como referência de tratamento o modelo asilar, o que para eles é uma barreira de acesso ao tratamento.

A falta de supervisão e pouca capacitação em saúde mental, tanto para eles quanto para a equipe da assistência social se torna barreira nas ações do dia-a-dia, quando não conseguem identificar as necessidades do grupo familiar, ou quando se desesperam diante de alguma pessoa que faz uso de drogas, ou que apresentam comportamentos agressivos.

As ações intersetoriais, especialmente com a assistência social, têm ocorrido em grande parte dos municípios da microrregião, e tem trazido grandes benefícios à população, até mesmo porque, em muitas das pequenas cidades, faz pouco tempo que saúde e assistência social se dividiram, o que potencializa o trabalho intersetorial. Todavia, outros municípios ainda encontram dificuldades de compreensão de um mesmo sujeito. Seja porque a visita *in loco* é pontual, fazendo com que muitas vezes situações alarmantes, vividas pelos ACS não se apresentem no momento da visita da assistência social, seja porque esses setores se segregaram de tal forma que não conseguem mais dialogar sobre o mesmo sujeito.

Os ACS em sua prática acabam se defrontando e escancarando mazelas sociais, que dependeriam da construção de políticas e de estratégias de intervenção mais amplas do que o limite das práticas de saúde. Ou mesmo, defrontam-se com problemas de saúde pública que estão intrinsecamente relacionados com questões sociais, como a violência, para citar um exemplo, que exigem intervenções intersetoriais ou mesmo com outros referenciais dentro do campo da saúde, que não somente o biologicista ou pautado no surgimento de doenças e patologias.<sup>76</sup> (p.374)

Com relação às pessoas que são dependentes de álcool e outras drogas todos os ACS se mostraram inseguros quanto à abordagem nas residências sobre o tema, isso porque moram no mesmo bairro, são seus conhecidos, vizinhos. Temem por sua segurança e a de seus familiares. Assim, embora esses profissionais sintam-se convocados a compor estratégias de atuação para auxiliar as famílias e os sujeitos a enfrentarem as questões de álcool e outras drogas, a ausência de uma rede de cuidados e suporte efetivo para os ACS os deixam mais vulneráveis frente aos desafios que a complexidade da situação se apresenta. Tal dificuldade é exposta pelas poucas falas dos ACS sobre o assunto:

*Eu não tenho coragem de perguntar não* (ACS1).

*A gente não pergunta, a gente descobre mesmo. A gente mora na mesma rua* (ACS5).

*O agente de saúde é muito difícil abranger isso aí porque é você que tá lá todo mês. Se você chegar lá e falar: 'olha a gente sabe que vc...' Você saber é uma coisa, agora você chegar e abordar isso com a família é outra coisa* (ACS3).

*Discretamente. Disfarço o máximo que dá. Às vezes a mãe comenta, o vizinho comenta, você vê (ACS2).*

Já com relação ao uso de álcool, todos os ACS conversam mais abertamente sobre o assunto nas famílias que realizam visitas, isso porque:

*Álcool é mais fácil (ACS1), (ACS6), (ACS3).*

*Então né, cigarro e droga é muito mais difícil da gente abordar que álcool. O álcool é mais fácil (ACS6).*

*Porque é uma droga lícita. Pode, né!? (...) Uma que os familiares não têm vergonha em falar, se o filho, o esposo, o irmão bebem, eles falam mesmo: “Ah! encham a cara” (ACS1).*

*Fala também porque a gente vê. Vê a pessoa caindo por ali (ACS2).*

Segundo os ACS as providências que poderiam ser tomadas para facilitar o acesso a quem precisa de tratamento seria: aumentar o número de vagas em Itajubá, referência para a maior parte dos municípios da microrregião; preparar melhor os profissionais que fazem a recepção tanto nas ESF quanto nas UBS, bem como toda a equipe de saúde. *O que falta é o acolhimento ali, pelos profissionais de saúde. Devia ter um pouquinho mais, às vezes conversar simplesmente com a pessoa. Às vezes dar uma orientação, não simplesmente encaminhar. (ACS1).*

O acolhimento às pessoas que buscam atendimento precisa ser melhorado, pois se chegam às UBS queixando-se sobre seus problemas e dificuldades, precisam ser ouvidas, acolhidas e dadas a elas uma resposta positiva. *Mas aí você vê que alguma coisa no emocional dela não tá bom, por isso ela vai tanto no posto, por isso tem tanta dor (ACS6). É o que? Um paciente de saúde mental (ACS3).*

Como diretriz operacional, o acolhimento precisa estar organizado de modo usuário-centrado<sup>78</sup>, ou seja, precisa de atenção organizada e funcionando de maneira que o serviço de saúde os atenda em suas necessidades. *Ah! Mas eles falam: ‘esse povo não para de vir aqui’. Mas ali é o lugar do povo, não é? (ACS1)*

O grupo ressaltou, por fim, a importância da realização de encontros, nos moldes do grupo focal, com o intuito de trocarem entre si informações, em que possam ter liberdade e

oportunidade de falar sobre as próprias questões, a fim de não se sentirem tão sozinhos em suas práticas. Sugeriram que ocorressem encontros promovidos pela regional, pois que então, todos os agentes seriam convocados a participar, gerando motivação e produzindo nessas trocas benefícios para toda a população.

Portanto, é sabido da importância e do papel dos ACS para a implantação e melhoria no suporte à saúde mental no contexto brasileiro, e que ações que correspondam ao ajuste de lacunas e falhas são necessárias e justificáveis diante da realidade nacional. Como pontos principais de melhorias destacam-se: a necessidade de espaços físicos e subjetivos para a reflexão de suas práticas em saúde, espaços de convivência e trocas com a comunidade, qualificação da escuta, e melhor remuneração. Devido, as exigências do ofício, que preza por números, com registros nos cadernos e controle de medicação, não negando aqui a sua importância e função, sobrecarregados, muitos ACS perdem qualidade de trabalho, perdem a oportunidade de inovar, desistem de famílias mais resistentes ao contato.

### **Análise do Grupo Focal com Familiares**

Na reforma psiquiátrica brasileira a família teve e tem papel fundamental juntamente com trabalhadores e usuários, na luta pela defesa dos direitos humanos, pelo respeito, dignidade, e humanização no tratamento ofertado ao seu familiar.

Sabe-se também da *carga (burden)* que recai diretamente sobre a família<sup>3</sup>, por possuírem papel central na vida de um sujeito. Além de apoiar financeiramente, estruturalmente e emocionalmente, precisa dar conta do estigma e da discriminação direcionada especialmente aos seus familiares.

No caminhar de muitos familiares pode-se dizer que foram muitas expectativas frustradas, muitos profissionais da saúde despreparados, muito desconhecimento sobre o modo de agir e manejar crises. Mas aprenderam a ganhar fôlego para enfrentar os desafios cotidianos, aguentar firmes os olhares e falas preconceituosas, se esforçar por auxiliar o sujeito a criar laços, vínculos, afetos. Entenderam que o melhor não é superprotegendo, ou isolando-os

dentro de casa ou em “instituições totais”, mas o esforço por aceitar que a vida é complexa, e possível para todos.

Hoje, com a reestruturação do modelo assistencial, do sistema asilar para o de base comunitária, a família está mais ativa, protagonista e empoderada, mas precisa de apoio e suporte adequados para prover cuidados ao sujeito em sofrimento mental. É uma parceria que precisa ser construída entre os serviços de saúde e os familiares, entre os CAPS e os familiares.

Familiares não podem crer que o CAPS seja um depósito ou uma escolinha/creche para seu filho passar o dia. Precisam compreender que o trabalho de reabilitação de um sujeito acontece quando ele participa do convívio social, acontece quando realiza atividades significativas para si, cria laços de amizade, e descobre que seus direitos e suas escolhas são respeitados.

O comprometimento da família no cuidado do doente exige uma nova organização familiar e aquisição de habilidades que podem, num primeiro momento, desestruturar as atividades diárias dos familiares. Porém, essa responsabilidade do familiar com seu adoecido também é positiva, pois além de intensificar suas relações, o familiar torna-se um parceiro da equipe de saúde para cuidar do usuário, sendo facilitador nas ações de promoção da saúde mental e de inserção do indivíduo em seu meio.<sup>79</sup> (p.128)

As famílias já passaram por muitos e diferentes processos e momentos na busca por saúde aos seus filhos, irmãos, netos, sobrinhos, em busca de tratamento em saúde mental. Para compartilhar com a pesquisa suas vivências, participaram do grupo focal 4 familiares representando 3 usuários do CAPS Dr. Bezerra de Menezes.

Tabelas 13 - Participantes do Grupo Focal de Familiares

<b>Participante</b>	<b>Relação com Usuário</b>	<b>Idade do Usuário</b>	<b>Tempo do Usuário no CAPS</b>
<b>F 1</b>	Avó usuário Y	16 anos	9 meses
<b>F 2</b>	Mãe usuário W	51 anos	5 anos
<b>F 3</b>	Irmã usuário X	49 anos	8 meses
<b>F 4</b>	Mãe usuário X	49 anos	8 meses

Quando se fala em acesso ao tratamento em saúde mental, é muito relevante termos a percepção dos familiares sobre o assunto, porque no mais das vezes, são eles que retratam, junto aos seus, o modo como o tratamento foi e têm sido entendido, quais foram as trajetórias, quais montanhas tiveram que escalar, quais rios tiveram de cruzar. Sendo assim, segue um breve relato do que cada usuário do CAPS passou até obter o tratamento em equipamento disponível na comunidade.

### Usuário X

A trajetória da família e do usuário X até obtenção de tratamento no CAPS foi sintetizado abaixo:

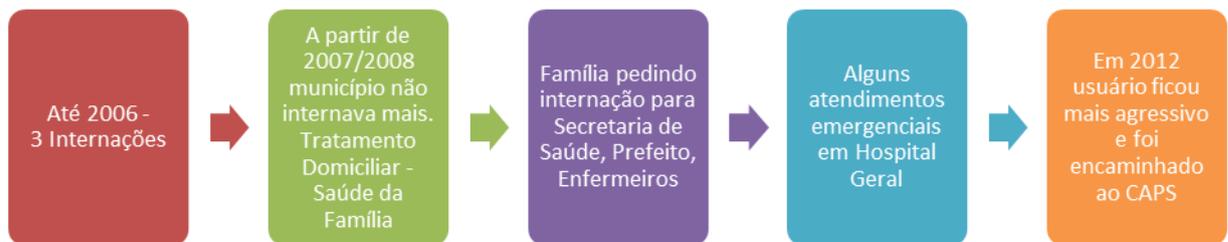


Ilustração 3 - Diagrama: Trajetória do Usuário X

Usuário foi internado 3 vezes até 2006. *Ele foi internado duas vezes em São Sebastião do Paraíso, em Passos foi uma (F4).* A família ficou desde 2008 tentando internar o usuário em hospital psiquiátrico, porém o tratamento dado pelo município era acompanhamento via ACS e UBS, em caso de agravamento do quadro clínico o atendimento era realizado em Hospital Geral. *Foi internado três vezes na Santa Casa. A primeira vez ele veio nu, tava muito ruim. Meu outro filho falava assim: pai, pai o X tá pelado, vai acudir. Teve que juntar 30 homens pra amarrar ele, segurar ele (F4).*

Final de 2011 e começo de 2012, usuário ficou mais agressivo com vizinhos e familiares. Em 20 de abril de 2012 foi feito o acolhimento do usuário no CAPS-Bezerra de Menezes.

Nesse caso, pelos familiares já terem experiência com internação, acreditavam que era o único caminho possível. Município mudou suas diretrizes e não estava mais internando, supria e atendia os casos com acompanhamento residencial, e em casos emergenciais com

encaminhamento para hospital geral do município de referência. Diante da necessidade apresentada houve o encaminhamento do usuário para tratamento no CAPS em período semi-intensivo.

A relação do usuário e seus familiares melhorou diante da nova proposta de tratamento. Familiares participam sempre da reunião de família do CAPS, trazendo suas crenças, dúvidas, angústias e receios, o que tem possibilitado um diálogo e mudanças no modo de ver o familiar e o tratamento na comunidade. O usuário, que antes dormia no porão da casa, porque mãe tem medo do filho, com a intervenção do CAPS, da ESF e Assistência Social do município, modificou-se a dinâmica familiar e a família está construindo um cômodo anexo a casa, com banheiro e janelas para o usuário ficar melhor acomodado.

### Usuário Y

A trajetória do usuário Y até receber tratamento no CAPS ocorreu da seguinte maneira:

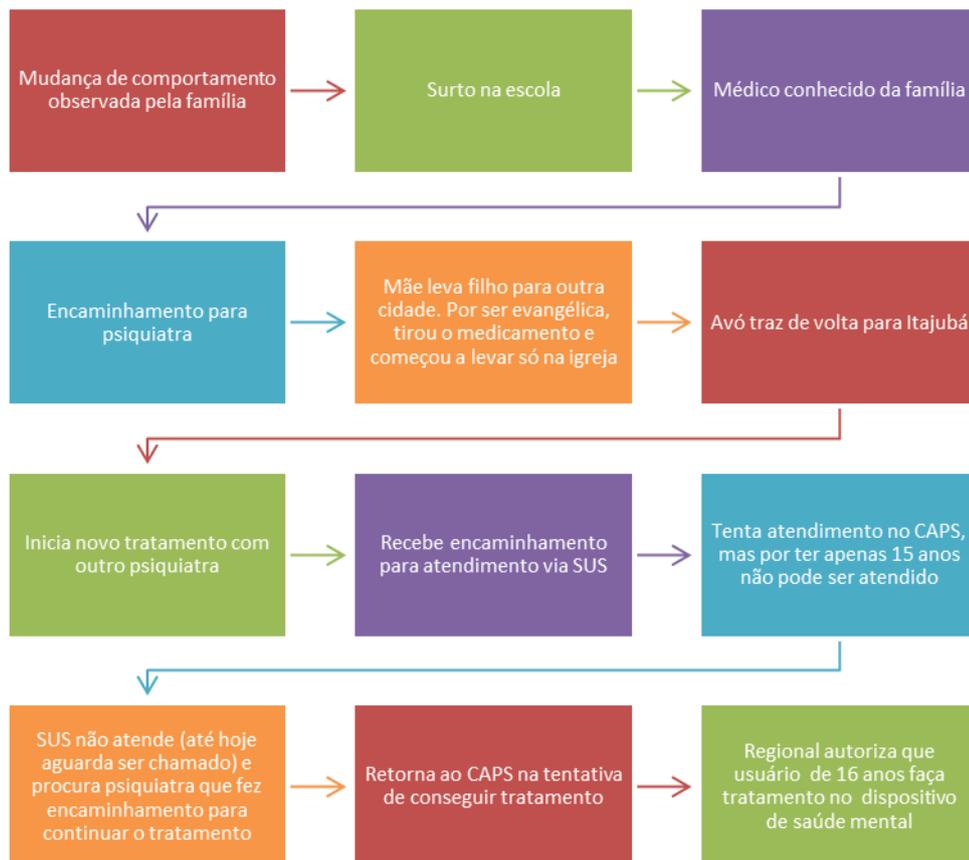


Ilustração 4 - Diagrama: Trajetória do Usuário Y

O usuário passou a apresentar comportamentos estranhos, irritadiço, dormia muito pouco. Avó foi à escola algumas vezes para verificar o que estava acontecendo, e todos diziam que estava tudo bem, até que o adolescente surtou na escola. De olhos vidrados e demonstrando muito medo, se agredia. Médico, amigo da família, encaminhou para psiquiatra, que realizou exames e iniciou tratamento medicamentoso. A mãe mudou de cidade e levou o adolescente com ela. Resolveu parar a medicação e o levar apenas na igreja. Em uma visita realizada pela avó, esta percebeu que o neto estava “*recuado no cantinho*” e perguntou se gostaria de voltar a morar com ela. O adolescente afirmou que sim e voltou para Itajubá.

Ao retornar, a avó procurou outro especialista, na época neto estava com 15 anos. O psiquiatra reavaliou, medicou e fez o encaminhamento para adolescente receber atendimento pelo SUS (até o presente momento avó não recebeu um telefonema para agendar consulta). Ao mesmo tempo vai ao CAPS para tentar conseguir tratamento. O CAPS acolhe essa avó, mas informa que só atendem maiores de 18 anos.

Passaram-se alguns meses: *Nesse período ele estava agitado, avançava em todo mundo, queria pular no rio. Ele não avançava em mim porque eu trabalhei na psiquiatria e eu sabia como lidar. Aí a risperidona não tava dando resultado, nem da farmácia e nem manipulado (F1).* Avó retornou ao CAPS com adolescente. Com autorização da Regional de Saúde Mental, o neto pode ser tratado no CAPS. *E dentro de um mês, contadinho mesmo que ele começou a vir aqui, e ele trocou a medicação dele pra neponex, ele melhorou (F1).*

Itajubá e microrregião não possui atendimento especializado para crianças e adolescentes com transtornos mentais. A APAE-Itajubá, e as outras APAES existentes na região, prestam atendimento às crianças e adolescentes com questões neurológicas associadas aos transtornos mentais. É sabido que há a necessidade de se implantar um CAPSi na microrregião, para tal foi pactuada, em junho de 2012, a implantação de um CAPSi entre 11 municípios da microrregião.

## Usuário W

Os caminhos percorridos pela família e usuário W foram:



Ilustração 5 - Diagrama: Trajetória do Usuário W

O início do sofrimento mental de W se deu por volta dos 17 anos, quando usuário entrou para a faculdade de engenharia, e passou a fazer uso de drogas, especialmente cola de sapateiro. Foi acompanhado por diversos psiquiatras, até que aos 34 anos agrediu a mãe. Em consequência foi internado, por ordem judicial, como inimputável, no Hospital Psiquiátrico e Judiciário de Barbacena. Lá permaneceu por 8 anos. Ao receber alta do hospital de Barbacena, ele ficou em casa, mas 3 meses após voltou a fazer uso de cola constantemente, e familiares foram aconselhados pelos médicos a reinterná-lo, passando por 9 hospitais psiquiátricos, com fuga de todos eles. Da última fuga em 2007, mãe decidiu que não deixaria o filho ser internado novamente.

*Ele não vai mais agora, aconteça o que acontecer ele vai ficar aqui comigo. Porque ele me agrediu e quando ele saiu lá do manicômio judiciário, a moça falava assim: “Se ele for agredir alguém vai ser a senhora, porque geralmente é assim”. Eu falei: nós é que temos que tratar dele. Ele é nosso filho, é um filho muito querido e nós vamos tratar dele, e nós não vamos deixar isso pra outra pessoa. Quem vai cuidar sou eu. Falei com meu marido: Eu*

*tomei essa decisao na vida, ele é meu filho, mas é seu filho também, então você vai prometer uma coisa pra mim, que nós vamos assumir ele completamente, não vamos ficar jogando um pro outro, a luta vai ser nossa. Ele falou: 'a luta vai ser nossa'. E tem sido isso, a vida da gente praticamente é ele (F2).*

E então, W passou a frequentar o CAPS. *Quando descobrimos aqui pra gente foi uma maravilha porque a gente viu a seriedade do lugar, do trabalho, viu a seriedade do trabalho, todo mundo com boa intenção, só querendo que ele melhore, todo mundo amando muito ele, gostando demais dele (F2).*

Essa família trilhou o caminho “clássico” da psiquiatria brasileira, com todos os seus meandros, repletos de desafios, de medos, e angústias. A determinação e a coragem, juntamente com a nova política de saúde mental, geraram novas possibilidades de vida para esse usuário e sua família.

Durante a conversa no grupo focal os familiares enunciaram os maiores desafios enfrentados por eles para conseguir tratamento em saúde mental:

- Mau atendimento no SUS;
- Falta de conhecimento sobre o assunto por parte de todos:

*Na época, 30 anos atrás, você já pensou? Tava engatinhando, dando tiro no escuro. Pra gente foi um tremendo desafio isso. Porque você procurava de um lado e ninguém falava nada com nada. Agora é outro departamento (F2).*

- Preconceito:

*W começou com cola de sapateiro e assim ele permaneceu esses anos todos. Que é uma droga altamente nociva, tão nociva quanto às outras que estão aí. Tanto é o estrago que fez com ele, mas é uma droga de moleque, moleque é que usa isso. Mas na época você falava isso pras pessoas elas tinham o preconceito, sabe?! (F2)*

*O Y por ter sido na escola, só tem uma amizade que vai lá em casa, eles afastaram tudo. Eles insultavam ele. Era negro fedido, pó de café, amassava papel e jogava no rosto dele, isso era a sala inteirinha (F1).*

- Medo e insegurança que familiar não fosse atendido adequadamente.
- Psiquiatras que tinham e têm por prática a internação.

Atualmente, quem precisa de atendimento em Itajubá e região, ainda que não conte com uma rede adequada e estruturada como precisa ser, ainda que haja restrições, possui maior facilidade em ser atendido do que quando eles precisaram, pois agora as pessoas estão conhecendo e reconhecendo o dispositivo chamado CAPS, além de outros psiquiatras na cidade estarem realizando bons atendimentos.

Ainda há, por parte de alguns familiares, a interpretação de que se a pessoa não foi internada ela não está sendo atendida adequadamente, mesmo que tenha acompanhamento feito pelo ESF. *Tem uma lei agora, tem um ano e pouquinho. E tá indo umas pessoinha lá em casa pra poder ver se a pessoa tá bem, não tá bem, pra marcar no caderno. Fazendo acompanhamento (F3).*

Ainda receiam que o atendimento fora do hospital psiquiátrico não seja o suficiente para auxiliar o familiar a se recuperar. Os novos dispositivos de saúde mental, que não são tão mais novos assim, ainda sofrem certa desconfiança por falta de conhecimento de uma parte considerável da população, principalmente por aqueles que tiveram familiar internado diversas vezes em hospitais psiquiátricos, e que encontraram à época a única saída possível. *Eu espero que X continue mais aqui. Toda vez que ele ficar assim, que a gente vá reclamar dele, que a gente possa encaminhar ele logo. Se ele precisar de novo, ele volta pra cá, ou vai ser aquela correria que teve? (F3)*

No que se refere ao que pode ser feito para melhorar o acesso ao tratamento foram elencados os seguintes fatores pelos familiares:

- Informar e educar as pessoas sobre o que é saúde mental. *Você fala e parece que a pessoa não entende. (...) Então, eu acho que quanto mais propaganda fizesse da instituição, ou mesmo uma pessoa, no caso, a D. é referência de saúde mental, ela fala, orienta. Não é só ela, eu acho que precisava ter mais gente assim, que falava (F2).*
- Maior divulgação e visibilidade ao CAPS, para que todo aquele que precise possa ter acesso a ele.
- Maior suporte em recursos humanos e financeiros ao CAPS para que possa realizar busca ativa de usuários. *Vamos supor: o CAPS não tem condição que tenha um transporte, e enfermeiros também que possa ir lá fora e trazer, e levar pra própria família. Ajudaria que*

*Itajubá fosse pra frente* (F1), referindo-se a uma pessoa que ela viu ao vir para o CAPS falando e gritando sozinho na rua.

- Aumentar a oferta de psicólogos no serviço público para atender as pessoas em geral.

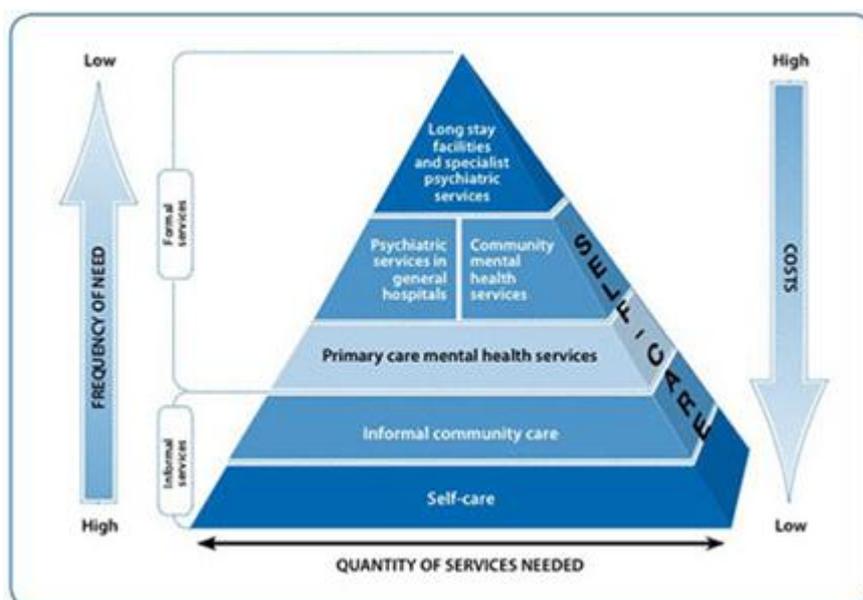
*Todos nós sofreremos calados* (F2).

Vê-se que a mudança de paradigma no cenário nacional implicou em reestruturações sociais. Familiares estão aprendendo a conviver e a apoiar mais diretamente os usuários, além de estabelecerem parcerias com o CAPS e a atenção básica.

## CAPÍTULO 6 – Análise dos Resultados

A análise dos resultados da pesquisa foi balizada pela Pirâmide dos Serviços em Saúde Mental, proposta e recomendada pela OMS.<sup>80,81</sup>

Esse modelo foi desenvolvido para descrever o melhor modo de integrar a saúde mental à atenção básica, partindo do princípio que nenhum serviço por si só consegue atender a todas as necessidades da população a não ser de modo integrado. A atenção primária, portanto, constitui o primeiro nível do cuidado nos serviços formais, que só se faz efetivo e eficiente em sua proposta se for complementado pelos outros níveis do cuidado.



Fonte: WHO<sup>81</sup>

Ilustração 6 - Pirâmide dos Serviços em Saúde Mental

Com a Pirâmide, vê-se que o autocuidado e o cuidado na comunidade estabelecem o serviço informal, que em conexão com o tratamento realizado pela atenção primária comporia a base do tratamento em saúde mental, uma vez que estão instalados em locais de fácil acesso à comunidade; as intervenções ocorrem de modo mais eficaz; podem ser ministrados os cuidados físicos e psíquicos concomitantemente; é de menor custo para a rede de saúde; além de gerar menor desconforto a quem busca tratamento, já que nossa sociedade ainda encontra-se repleta de preconceitos sobre a saúde mental.

O nível secundário de cuidados em saúde mental seria composto pelos atendimentos psiquiátricos em hospitais gerais e serviços de saúde mental na comunidade. Tais serviços prestariam atendimento às pessoas em grave sofrimento psíquico, com transtornos mentais persistentes e/ou severos e às pessoas com transtornos relacionados às substâncias psicoativas. Eles também ofertariam suporte para a atenção básica, tanto em capacitação, supervisão e corresponsabilidade no cuidado.

O último nível seria aquele em que a pessoa precisaria ficar internada por período de longa permanência em clínicas psiquiátricas especializadas, o que significa atendimento afastado do território e serviços de alto custo, ou seja, recomendado apenas para casos extremos.

## **Os Diferentes Níveis de Organização do Cuidado**

### **Serviços Informais:**

- **Autocuidado**

O protagonismo do sujeito no seu tratamento é encorajado em todos os níveis do cuidado, e o seu envolvimento direto e/ou indireto no próprio tratamento é fundamental. É preciso que ele esteja atento a seus direitos e deveres, se coloque politicamente ativo, e para isso é preciso que ele se empodere, que conheça a sua história, que alargue os espaços tão apertados das celas que o prenderam por tantos anos e solte a sua voz.

A população precisa receber orientação adequada para que, cada qual, diante de suas possibilidades, possa realizar suas escolhas. Informações das mais variadas ordens e tipos como: as causas e o curso dos transtornos mentais e quais os tratamentos possíveis; seus direitos e deveres, incluindo aqui acesso à legislação e às ferramentas de auto representação (*self-advocacy*); as diversas abordagens terapêuticas existentes; orientação medicamentosa; apoio e incentivo na construção de um planejamento de vida, englobando o cuidado com a saúde, relacionamento interpessoal, educação e trabalho; locais que possam obter ajuda quando precisarem.

De modo análogo, essas orientações precisam ser transmitidas aos familiares, pois, no tratamento de base comunitária, eles estão cada vez mais envolvidos no cuidado e suporte dos sujeitos em sofrimento mental.

Apesar da pesquisa não ter abordado diretamente os usuários dos serviços de saúde, a pesquisadora teve contato com alguns deles durante as visitas às cidades, bem como é voluntária no CAPS Dr. Bezerra de Menezes, e encontra-se em contato direto com os usuários daquele serviço.

Na microrregião pôde-se observar uma participação bem tímida dos usuários em situações isoladas e pontuais, mas que, todavia potencializa e aponta um novo movimento. O envolvimento deles na luta que lhes é própria ainda deixa a desejar. Pode-se tomar como indicador sua pequeníssima presença durante seminários, fóruns e debates sobre saúde mental, álcool e outras drogas. Pelo menos em parte, esta situação também decorre do pouco incentivo por parte dos organizadores dos eventos para que eles de fato participem.

Durante uma das visitas realizadas ocorreu um encontro com uma usuária de 35 anos, com histórico de muitas internações, mas que agora vivia na comunidade sob o apoio da atenção básica e da psiquiatra para manejarem juntas as situações delicadas.

*Após o término da entrevista, saímos da UBS e fui apresentada a usuária. Durante nossa rápida conversa manifestou seu medo de ser novamente internada, sua necessidade de conversar e reassegurar-se da continuidade do acolhimento que vinha recebendo. A usuária disse que gostaria que eu voltasse lá um dia para ver se ela estava melhor, e se a saúde mental na cidade havia melhorado. Relatou ter feito, por incentivo da psicóloga, um relato na praça sobre sua vida, suas tristezas e internações para o povo da cidade. Afirmou que depois disso algumas pessoas a olham com outros olhos, com mais respeito. (Diário de Campo de 10 de julho de 2012).*

Esse depoimento caracteriza as marcas das internações. Indica a percepção da existência de alternativas humanizantes. No entanto as novas abordagens de tratamento ainda não estão suficientemente consolidadas, acarretando em medo e insegurança de que novas internações ocorram. Em contrapartida, a força e o respeito adquirido pela usuária na cidade pôde, por vezes, ao sensibilizar a população, abrir muitos caminhos para quem sofre e sofreu a discriminação e o estigma por anos e anos.

Portanto, faz-se urgente implantar nos CAPS, nos ambulatórios de saúde mental e nos serviços de saúde de modo geral: locais de discussão em que são valorizadas as falas, os percursos de cada um, suas opiniões e conhecimentos; implantação de oficinas educativas, sobre a luta antimanicomial, a legislação da reforma psiquiátrica, entre outros temas que os auxiliem a pensar o local de tratamento e a sua participação social.

- **Cuidado Informal na Comunidade**

O cuidado informal na comunidade é entendido pela OMS<sup>80</sup> como o cenário que auxilia na prevenção de crises e recaídas, uma vez que são, geralmente, mais aceitos e acessíveis justamente por estarem na comunidade. Faz parte do cuidado informal os profissionais de outros setores como: professores, policiais, bombeiros, religiosos/curandeiros; organizações não governamentais; associações de usuários e familiares.

Durante o contato com alguns usuários, e nos relatos de alguns gestores e profissionais da microrregião percebe-se a necessidade de envolver mais a comunidade, de gerar ações de sensibilização, que exponha e crie possibilidades de interações e trocas entre as pessoas com e sem transtornos mentais, pois essa é uma das formas de diminuição do estigma e do preconceito. De modo geral, as barreiras só diminuem quando se passa a conviver e assim a conhecer o outro, com suas potencialidades e diferenças.

Por exemplo, quando artesanatos produzidos por pessoas com transtorno mental são expostos por eles para a venda nas praças, abrem-se oportunidades para que membros da comunidade passem a respeitá-los, a ver neles pessoas cheias de possibilidades e potencial. Muitas vezes, se desperta também o interesse pela causa.

No que diz respeito aos religiosos, muitos ainda acreditam que apenas a fé é necessária e suficiente para tirar alguém de sofrimento psíquico, e aconselham, em muitos dos casos, suspender o uso da medicação. Tal problema pode ser solucionado, em parte, por aproximação com esses contextos, oferecendo esclarecimentos sobre a intervenção medicamentosa, e os diversos processos de reabilitação, que podem envolver, de acordo com cada um, o tratamento medicamentoso e o religioso associado. Faz-se necessário a

aproximação com os núcleos religiosos, com as comunidades e associações de bairro para fomentar o diálogo e capacitação sobre o tema da saúde mental, álcool e outras drogas. Tal aproximação pode ser feita por ACS capacitados e demais trabalhadores da saúde mental.

A Polícia Militar de Minas Gerais tem um programa chamado PROERD - Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência, que tem por objetivo prevenir o uso indevido de drogas e combater a violência entre jovens. Na microrregião de Itajubá o PROERD é bastante ativo, atuando em parceria com as escolas municipais, estaduais e particulares, com ênfase de atuação no Ensino Fundamental.

Os professores são também componentes da pirâmide no que diz respeito aos serviços comunitários informais, uma vez que estão diretamente em contato com crianças e adolescentes. Muitos deles expressam dificuldades em lidar com a situação das drogas no contexto escolar. Para aproximar esse setor é necessário elaborar ações intersetoriais, especialmente entre saúde e educação. Municípios como Delfim Moreira, Paraisópolis (pesquisadora pode observar em Seminário “Diagnóstico das Políticas Públicas de Prevenção e Repressão ao Crack” em 15/03/2012, a participação maciça de professores), Conceição das Pedras, Gonçalves, Maria da Fé e Marmelópolis já tomaram essa iniciativa.

A existência do Conselho Municipal Antidrogas (COMAD), que se reúne, sistematicamente, uma vez por mês para discutir ações para o município de Itajubá, pode vir a ser outro facilitador ao acesso ao tratamento, uma vez que pensam ações de intervenção na promoção, prevenção e tratamento em álcool e outras drogas.

A microrregião conta também com o suporte de alguns grupos de apoio de familiares, coordenados por Comunidades Terapêuticas e o AL-ANON (associação de parentes e amigos de alcoólicos). Estes representam um facilitador ao acesso ao tratamento, por intermédio do fortalecimento do vínculo familiar, ao receberem suporte para enfrentarem o desafio de ter um membro da família dependente de álcool e/ou outras drogas. Este suporte os auxilia a entender o processo pelo qual seu familiar está passando, gerando mudanças no modo de lidar com eles e com seus próprios sentimentos.

Todavia, não foi encontrada, durante a pesquisa de campo, nenhuma associação de familiares e usuários de saúde mental, que os articule, e faça valer a voz de quem passa pelos desafios da saúde mental. Vasconcelos<sup>82</sup> considera que no cenário brasileiro, os primeiros grupos de

usuários e familiares foram de fato os ligados ao AA, e informa que a primeira associação de familiares, usuários e técnicos de saúde mental, foi fundada no Rio de Janeiro, na década de 70, chamada SOSINTRA (Sociedade de Serviços Gerais para Integração Social pelo Trabalho). Veio a ocorrer somente por volta do início dos anos 90, com os avanços da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, um aumento significativo do número de associações e grupos ligados aos novos serviços.

A desarticulação dos familiares e usuários de saúde mental fica evidente quando da ausência deles em fóruns e seminários; quando não conseguem atendimento e não sabem o que fazer, tal qual exposto pelo familiar do usuário Y; e principalmente quando ainda ficam em dúvida sobre qual o melhor modo de tratar: se em modelo de reclusão ou em dispositivos de base comunitária.

## **Serviços Formais:**

### **1 - Atenção Primária**

A atenção básica faz parte do primeiro nível de cuidado dentro do sistema formal de cuidados em saúde. São, geralmente, os serviços mais acessíveis, mais aceitos e mais baratos. Eles são fundamentais para: a identificação precoce; a prevenção; o cuidado dos transtornos mentais comuns; o manejo e o acompanhamento das pessoas com transtornos mentais graves; e a promoção em saúde. Para que ela funcione em sua máxima potencialidade é preciso que esteja articulada aos outros pontos da rede, com os outros recursos que compõem a pirâmide.

Verificou-se que na microrregião a atenção básica desempenha papel fundamental e facilita o acesso ao tratamento em saúde mental; 10 dos 15 municípios possuem 100% de cobertura da ESF, o que equivale a 31% de toda a população da microrregião. Somados a eles os demais municípios representam 58% de cobertura. O que equivale dizer que mais da metade da microrregião encontra-se com acompanhamento de, pelo menos, um ACS.

Todavia cabe dizer que ter 42% das pessoas ainda sem nenhum tipo de acompanhamento direto pela atenção básica é motivo de grande preocupação para a microrregião. Especialmente o município com o menor número de ESF que é Itajubá, com apenas 27% de cobertura, sendo 10 PSF e 5 PACS. Assim, justamente o maior município da região, que estatisticamente possui o maior número de pessoas com transtornos mentais e de pessoas dependentes de álcool e outras drogas, apresenta a maior dificuldade em ofertar acesso aos cuidados em saúde mental.

Itajubá demanda a elaboração e execução de um plano de ação em saúde mental para orientar as ações, investimentos, aplicações dos recursos humanos e financeiros. Requer, como uma maneira mais eficaz e menos dispendiosa, de investimentos imediatos na construção da atenção primária como forma de integrar a atenção em saúde mental na atenção básica, e desse modo diminuir o vazio assistencial ainda existente na cidade. É necessidade premente que se estreitem os laços entre as coordenadorias de atenção básica e saúde mental, pois que até o momento não há capacitações de forma sistemática para os ESF e UBS em saúde mental, não há número de profissionais suficientes, não há matriciamento para as equipes e parcerias reais estabelecidas.

Já outros municípios se destacam na integração do cuidado em saúde mental na atenção básica, como Piranguinho, que recebeu prêmio em 2012 do governo federal. A experiência deles foi relatada em duas Reuniões de Colegiado de Saúde Mental.

*Piranguinho se manteve com internação zerada por muitos anos. Começou com um médico da ESF, que sempre ia ao colegiado. Piranguinho não possui coordenador de saúde mental, mas o trabalho que o médico fez foi muito bom porque ele caminhou com a ESF, criando também na época um centro de convivência que funcionava junto com a ESF. Hoje tem um psicólogo do CRAS que assumiu o grupo da saúde mental (grupo de convivência mesmo: todos juntos fazendo diversas atividades físicas, jogos, passeios, oficinas), e juntos com a ESF fazem tudo o que podem para que ninguém seja internado. O CAPS de Itajubá também os ajuda muito. A rede da atenção primária é muito boa e a comunicação entre os profissionais também. A medicação injetável é a ESF que cuida disso, desde verificar na farmácia, a solicitar, pra estabilizar e não deixar nenhuma pessoa surtar. Antes da secretaria de saúde jogar no sistema a internação, a ESF pede para conversar com eles, para verificar a necessidade. Muitas vezes eles compram briga com a família que quer internar. Muitas*

*peessoas vão a psiquiatras de Itajubá, mas a ESF fica a par de tudo o que acontece. Sabem a medicação que todos tomam, e o psicólogo faz as visitas a todas as famílias para saber se está tudo bem.* (Diário de Campo de 19 de abril de 2012 - XXVII Reunião do Colegiado Regional de Saúde Mental, registro da fala de um profissional da saúde de Piranguinho).

Entretanto, faz-se necessário enfatizar que não basta criar os serviços e acreditar que apenas por existirem as pessoas já estão obtendo um serviço de qualidade. “A reabilitação é um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos: é somente no interior de tal dinâmica das trocas que se cria um efeito 'habilitador’”.<sup>36</sup> (p.112)

Embora existam muitos municípios com ESF, isso não quer dizer que as pessoas estão sendo atendidas adequadamente e em sua totalidade, como demonstra a fala do entrevistado: *Na verdade vou ser bem sincera. O profissional X estava trabalhando sozinho no município. Não tinha interesse do município. A própria equipe do PSF não tem essa troca que é necessária pra saúde mental, a gente sabe da identificação de casos, poderiam estar identificando os casos, e trazendo pro profissional X, o que eu acho que poderia estar acontecendo pro paciente passar por algum atendimento* (P18).

Constatou-se também que os profissionais da atenção básica têm sofrido uma espécie de sobrecarga emocional e de trabalho, e um grande despreparo, em saúde mental, de um modo geral. Verificou-se, por conversa formal no grupo focal, e informal com alguns enfermeiros e ACS, que muitos profissionais das equipes estão fazendo uso de medicamentos da saúde mental, outros estão afastados do trabalho por transtornos mentais, o que os motivou a solicitar a realização de um estudo sobre a saúde mental dos trabalhadores da atenção primária. Afirmaram também que nos casos graves, por eles atendidos, tem sido difícil dar um suporte melhor porque não conseguem agendamento rápido com psiquiatra.

Em alguns municípios houve menções a solicitação do NASF em suas cidades a fim de obterem matriciamento para suas equipes, com implantação prevista para 2013, o que potencializaria sobremaneira o acesso ao tratamento em saúde mental, uma vez que aumenta a capacidade das ESF para lidar com o sofrimento do outro, possibilitando a prevenção, promoção, tratamento e reabilitação psicossocial.<sup>55</sup> A estratégia de “matriciamento de ações de saúde mental na atenção primária”, embora adotada oficialmente pela saúde pública

brasileira, ainda não está consolidada no país.<sup>83</sup> Uma preocupação apontada pela RTSM-PA sobre o NASF é que: *em muitos lugares é o que não está dando certo, porque eles querem o NASF pra ser um lugar de especialidades, um grande ambulatório. Muitos municípios querem isso. Então a gente bate o tempo todo: 'NASF não é pra isso! NASF é pra matriciar, é pra dar suporte à atenção primária'.*

Importante destacar também a parceria entre a atenção básica e a assistência social. Alguns municípios contam diretamente com o suporte e apoio dos assistentes sociais, quando da ausência de CRAS, como Wenceslau Braz e Delfim Moreira, outros contam com a equipe dos CRAS como parceiros, e às vezes até compartilham o espaço físico. Todavia, há um ponto de atenção que é o fato dos CRAS poderem realizar internações em comunidades terapêuticas, por exemplo, ou em hospitais psiquiátricos, fato relatado por alguns municípios.

Por fim, faz parte da atenção básica as Equipes de Consultório de Rua, que são equipes que realizam busca ativa e oferecem cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas. Essas equipes desenvolvem ações itinerantes *in loco*, integradas e compartilhadas com as UBS e também com os CAPS, de acordo com a necessidade do usuário (Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011). Itajubá está para implantar uma Equipe de Consultório de Rua, de acordo com a pactuação realizada em junho de 2012.

## **2 - Atenção Secundária**

### **2.1 - atendimentos Psiquiátricos em Hospital Geral**

Com o tratamento em saúde mental sendo realizado fora do contexto manicomial, aumentou o número de pessoas sujeitas a precisarem de cuidados psiquiátricos nos hospitais gerais. Esses serviços são fundamentais, pois: realizam atendimento rápido; viabilizam intervenção imediata; acompanham a pessoa durante as 24 horas do dia; são de fácil acesso a quem precisar e aos familiares e amigos; estão equipados para prover os cuidados físico-orgânicos necessários; evitam o isolamento que um hospital psiquiátrico proporciona, facilitando a

integração do sujeito nos cuidados em saúde na comunidade; assim como diminui a discriminação e o estigma.<sup>81</sup>

Localizam-se em Itajubá os dois hospitais de referência para a microrregião, que são o Hospital Escola e a Santa Casa de Misericórdia.

O Hospital Escola, vinculado à Faculdade de Medicina de Itajubá, possui a referência especializada em psiquiatria. Há certa dificuldade de diálogo entre o setor de psiquiatria e a microrregião. Alguns municípios que tentaram obter internação no hospital em leito na clínica médica antes de junho de 2012 não conseguiram, porque a pactuação ainda não havia sido feita. Ou só conseguiram depois de muita insistência junto ao município: *Eles receberam, apesar que eu tive muita dificuldade nessa recepção, porque antes deles recolherem essa pessoa, ela teve 4 vezes no pronto-socorro, eles medicaram e retornaram. Até que a última vez que ela voltou pro município ela derrubou o pai (...) e aí nessa hora eles resolveram interná-la. (...) Eu achei que foi assim.... houve um descaso, porque mesmo a gente relatando o caso, explicando, chegava lá o pronto-socorro dava uma medicação injetável calmante. Quando a pessoa está em surto o medicamento praticamente não resolve. E depois eles acabaram internando e ela ficou uma semana lá, mas tive essa dificuldade (P20).*

De acordo com RTSM-PA houve em junho de 2012 a pactuação de 4 leitos na clínica médica do Hospital Escola. Segundo a Coordenadora de Saúde Mental de Itajubá: *Estava pactuado para implantar em dezembro de 2012, mas houve um atraso. Porque é assim, para você habilitar esses leitos você precisa ter um CAPS habilitado, e a gente não tem o CAPS habilitado. E com o período eleitoral também atrasou mais. Aí como começamos a cuidar da habilitação do CAPS, a gente esperou, porque não ia conseguir habilitar os leitos. Então acontece que eles não recebem, recebem apenas de clínica médica normal, não como clínica médica de saúde mental. Os casos que ficam temos que fazer uma intervenção direta com os gestores dos hospitais e pedir para que eles concedam os leitos. Agora no final do ano saiu um incentivo do estado para a implantação do CAPS II e implantar consultório de rua. E aí eles pediram que solicitássemos o recurso também para os leitos de hospital, e aí deve vir esse recurso para o início do começo do ano (2013) mesmo sem ter o CAPS habilitado.*

A previsão, portanto, é de que a partir do ano de 2013 o cuidado em leito em clínica médica de saúde mental seja proporcionado àqueles que precisarem.

Com relação à Santa Casa, o setor que realiza a solicitação de internação via SUSFácil, não solicita mais nenhuma internação sem antes consultar a Coordenadora de Saúde Mental de Itajubá. Tal efeito produziu-se após a XXVII Reunião do Colegiado Regional de Saúde Mental, abril de 2012, na cidade de Itajubá. Com a pactuação realizada em junho de 2012 a Santa Casa fica responsável por disponibilizar 3 leitos na clínica médica, e a situação é a mesma do Hospital Escola no que diz respeito à possibilidade de internação na clínica médica especializada para 2013.

De modo geral, os municípios contam com a emergência do Hospital Escola e da Santa Casa como referência, ou com pronto-socorro em seus próprios municípios, como Paraisópolis, Maria da Fé, e Brasópolis. Essas cidades não conseguem ter 100% de controle das internações efetuadas por eles, pois tais serviços possuem autonomia para internar, via SUSFácil, segundo seus próprios critérios, decidem sem consultar os municípios ou a equipe de saúde mental sobre as internações. Essas internações acabam sendo computadas em nome dos municípios de origem e a responsabilização recai sobre a gestão em saúde mental dos mesmos.

Por algum tempo, ocorreu em Itajubá um fato bem sério relativo a solicitações de internações oriundas de psiquiatras não vinculados ao SUS que possuíam guias de internação (AIH- Autorização de Internação Hospitalar) antigas ou fotocopiadas e realizavam solicitação de internação via SUSFácil pela Santa Casa. Atualmente como a Santa Casa não tem mais internado sem o consentimento da Coordenadora de Saúde Mental de Itajubá tal irregularidade foi interrompida. *Hoje isso não tem mais acontecido. Profissionais tem enviado solicitação de internação com o próprio receituário, não mandam mais na guia do SUSFácil, a IHA. E aí chega aqui e a gente barra também. A gente conseguiu cessar isso.* (Coordenadora de Saúde Mental de Itajubá).

Para sanar as dificuldades referentes às internações infundadas, não notificadas e não compartilhadas, seria fundamental a realização de debates e capacitações. Desta forma contribuir-se-ia para a melhoria da formação dos clínicos e psiquiatras que atendem nos prontos-socorros, bem como se abriria possibilidades de orientá-los sobre os procedimentos a adotar, trabalhando juntamente com a equipe de saúde mental dos municípios e os hospitais gerais.

De modo mais amplo, seria necessária uma reformulação na formação médica e dos demais profissionais de saúde, centrada até hoje em um modelo exclusivamente biomédico. Há ainda uma arraigada concepção de clínica realizada dentro dos consultórios. Com a Reforma Psiquiátrica a atenção psicossocial precisa acontecer em qualquer cenário, assim a maioria desses profissionais terá contato em sua clínica com pessoas com transtornos mentais e dependentes de álcool e drogas, e assim sendo a formação precisa acompanhar as mudanças paradigmáticas, precisa acompanhar as diretrizes e políticas referentes ao cuidado em saúde mental. É preciso então a formação de profissionais dinâmicos, atentos muito mais à promoção e prevenção do que apenas em classificar e formalizar uma doença com seu prognóstico e tratamento medicamentoso, ou delegar aos especialistas.

## **2.2 - Serviços de Saúde Mental na Comunidade**

Os serviços de saúde mental na comunidade são aqueles que prestam atendimento no território, isto é, são os serviços que estão mais próximos aos sujeitos, não apenas geograficamente, mas também e, principalmente, subjetivamente. São os locais de construção de identidade, de valoração dos sujeitos, de criação de laços, de possibilidades de vida. No Brasil eles se apresentam/materializam principalmente: nos CAPS; nos Centros de Convivência e Cultura; nas Residências Terapêuticas; e nos Programas de Inclusão Social pelo Trabalho.

Para que os serviços de saúde mental na comunidade possam de fato ofertar um serviço de qualidade, eficiente, eficaz e efetivo, que seja equânime, e respeite a integralidade, a legitimidade, e acessibilidade é necessária uma rede de cuidados incluindo todos os andares dessa pirâmide de serviços, e nós fortes que a tenham para suportar as intempéries do tempo e tempestades, e que facilitem a circulação do sujeito pela rede.

Será apresentado um panorama dos três serviços exclusivos de saúde mental da microrregião: um CAPS, e dois ambulatórios de saúde mental.

## **Os CAPS**

Os CAPS são, segundo o Ministério da Saúde<sup>49</sup>, os dispositivos que auxiliam na articulação dessa rede de serviços de saúde e promovem o intercâmbio com outras redes de outros setores. Itajubá possui um CAPS, em fase de credenciamento.

Segundo a RTSM-PA em junho de 2012 foi pactuado o CAPS II para atender 11 municípios: Itajubá, Delfim Moreira, Wenceslau Braz, Piranguinho, Piranguçu, Pedralva, São José do Alegre, Conceição das Pedras, Maria da Fé, Marmelópolis e Brasópolis. Os recursos financeiros para a implantação/credenciamento do CAPS Dr. Bezerra de Menezes foram disponibilizados, ocorreu a avaliação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e da RTSM-PA em novembro de 2012, que estabeleceu prazos de até um mês para o serviço se adequar. Crê-se que o CAPS II Dr. Bezerra de Menezes esteja habilitado até o primeiro semestre de 2013.

Já os municípios de Paraisópolis, Consolação, Gonçalves, Sapucaí-Mirim, próximos um ao outro geograficamente, seriam atendidos pela pactuação de outro CAPS a ser alocada, possivelmente, em Paraisópolis, cidade com o maior número de habitantes entre esses municípios.

O CAPSad e CAPSi também foram pactuados em junho de 2012 para atender os mesmos 11 municípios.

Segundo a Coordenadora de Saúde Mental de Itajubá, o município recebeu o incentivo de 100 mil reais para a implantação até janeiro de 2013 do CAPSad. Porém, foi feita uma solicitação de prorrogação do uso do recurso, uma vez que o serviço não conseguiu ser implantado até a data prevista. Isso porque: a negociação das contrapartidas entre os municípios não avançou; Itajubá não consegue arcar com os recursos humanos necessários sozinhos; a casa que estava para ser alugada passou por 2 meses de avaliação pelo planejamento do município e teve parecer negativo, na contra oferta o proprietário do imóvel demorou mais um mês para dar resposta, que foi negativa quanto ao valor proposto. Desse modo será necessário reiniciar a busca por imóveis para a locação, e os municípios realizarem reuniões para estabelecerem as contrapartidas. Algumas licitações para a aquisição de mobília já foram realizadas.

Com relação ao CAPSi, ainda não há nada estabelecido além da pactuação de 2012. Faz-se relevante mencionar que as crianças com transtornos mentais, na maioria dos municípios, ou vão para as APAEs, ou permanecem em suas casas sem o cuidado devido, sem tratamento adequado e muito menos sem reabilitação. RTSM-PA afirma: *Não há nada aí especial para essa questão. É a micro mais complicada que tenho. Há municípios que trabalham a questão na atenção primária com bons resultados, inclusive a questão de AD na infância e adolescência, como é o caso de Marmelópolis, Piranguinho, Conceição das Pedras. Piranguçu trabalha através do CRAS, que está tentando estabelecer a rede com a saúde. Fizemos uma reunião lá, CRAS e ESF e UBS com esse objetivo, vamos ver o resultado.*

#### CAPS Dr. Bezerra de Menezes

O município de Itajubá conta um CAPS filantrópico, em fase de credenciamento no SUS, atua na região por mais de cinco anos. Localizado em bairro periférico, em prédio novo em excelente estado, seguindo as normas de acessibilidade da ABNT, provê atendimento para usuários das cidades de Itajubá, Piranguinho, Pedralva, Marmelópolis, Maria da Fé, Wenceslau Brás, Piranguçu e Gonçalves.

O CAPS é mantido com recursos de convênio firmado com a prefeitura de Itajubá, que disponibiliza um valor fixo mensal; com recursos de convênios com outras prefeituras; com o trabalho da Fundação Espírita Antônio Carneiro, que realiza eventos para arrecadar fundos, como almoços, chás, brechós; o tele doações; e os amigos do CAPS, que são pessoas que contribuem para a manutenção do CAPS.

Funciona de segunda a sexta, das 8h às 17h45min. É ofertado aos usuários café da manhã, almoço e café da tarde. São realizadas oficinas de reabilitação: horta; atividades da vida prática e diária, artesanato, medicação, psicoterapia grupal; alongamento e caminhadas, entre outras. Sempre que possível, geralmente uma vez por mês, o grupo realiza atividades fora do CAPS. As oficinas e atividades realizadas pelos usuários tentam acompanhar ao máximo o plano terapêutico individual.

O CAPS conta com número mínimo de profissionais: 1 educador físico, 1 enfermeiro, 2 técnicos de enfermagem, 1 psiquiatra, 1 cozinheira, 1 auxiliar de serviços gerais, 1

recepcionista, 1 zelador, 1 auxiliar de manutenção, 2 vigias noturno, 3 pessoas no tele  
doações, 1 motoboy, 1 coordenadora técnica, e 4 voluntários.

A pessoa que precisa de tratamento chega ao CAPS por procura espontânea, ou encaminhada  
pela ESF e UBS, ou quando tentam a internação pelo SUSFácil. Neste caso a Coordenadora  
de Saúde Mental tomando conhecimento encaminha o usuário ao CAPS.

Para ser elegível ao tratamento a pessoa deve ser maior de 18 anos, com transtorno mental  
severo e persistente, ou em surto. Casos de álcool e drogas são repassados à Coordenadora de  
Saúde Mental.

O CAPS realiza, em média, 15 acolhimentos e 1 visita domiciliar por semana. Atende 57  
pessoas por mês. Ao todo realizam em torno de 298 procedimentos entre visitas, acolhimentos  
e atendimentos.

Com relação ao ir e vir dos usuários ao dispositivo, os municípios conveniados ofertam  
transporte aos que o frequentam. No caso de Itajubá, há transporte disponível, mas não  
suficiente para atender a demanda, sendo necessário realizar uma escala de casos prioritários.  
No caso dos bairros distantes, especialmente os de zona rural, fica ainda mais complicada a  
situação, tornando a reabilitação praticamente impossibilitada, especialmente quando se trata  
de casos graves, severos e/ou persistentes.

Uma das preocupações que concerne ao CAPS Dr. Bezerra de Menezes é o fato de não haver  
uma rede integrada de saúde mental estabelecida para que possam dialogar e encaminhar os  
usuários já estabilizados, ou os que não se enquadram no perfil atendido. *É muito difícil,  
quando é caso de transtorno mental, mas que não é severo ou persistente e que não está em  
surto ainda, é complicado porque a gente não tem pra onde encaminhar. Então, geralmente a  
gente encaminha para o ambulatório da Santa Casa, ou do Hospital Escola, ou de alguém  
que a gente saiba que faz algum tipo de trabalho, ou para o Wilson (psiquiatra do CAPS que  
também atende pelo SUS) mesmo na Policlínica do Mercado.* (Coordenadora Técnica do  
CAPS)

Verifica-se a necessidade, urgente, do estabelecimento e organização de uma rede de serviços,  
com planos locais e microrregionais de saúde mental, para que haja o atendimento e

acompanhamento ambulatorial adequado pela atenção básica, e a construção dos outros dispositivos substitutivos como o centro de convivência, grupo de inclusão pelo trabalho.

A seriedade do trabalho realizado pelo CAPS é visível, sendo confirmada pelos familiares de usuários que o frequentam. Apesar de ali realizar-se o melhor possível, dentro dos limites dos recursos disponíveis, existem algumas situações que se tornam barreiras ao acesso àquele que precisa de tratamento. São elas, em sua maioria, relacionadas à falta de credenciamento e de recursos financeiros, que acarreta: a falta de recursos humanos; esta, por sua vez inviabiliza a existência de um plantonista para acolhimento diário, obrigando agendamento para acolhimento; dificuldades em realizar busca ativa; a impossibilidade de realizar o matriciamento do cuidado em saúde mental na atenção básica; impossibilidade de compartilhar o cuidado de modo adequado com as ESF e UBS; o não atendimento universal e irrestrito a todos os cidadãos da microrregião, uma vez que operam por convênios estabelecidos.

### **Os Ambulatórios de Saúde Mental**

O Ministério da Saúde recomenda que os ambulatórios de saúde mental sejam substituídos ao longo do tempo por serviços como os Centros de Convivência e CAPS. Não há mais incentivo financeiro por parte do governo federal para o estabelecimento de novos dispositivos como esses. Dois municípios da microrregião contam com esses serviços.

#### **Ambulatório de Saúde Mental de Brasópolis**

O Ambulatório de saúde mental de Brasópolis existe há 20 anos. A casa fica localizada em uma das avenidas principais da cidade, e apresenta-se em bom estado de conservação.

Os técnicos do ambulatório são: 1 terapeuta ocupacional, 1 psicólogo, 1 assistente social, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, 1 psiquiatra, 1 monitor de oficina, e 1 ACS.

Atendem crianças, adultos e idosos. Realizam de 4 a 7 acolhimentos por dia, e todos os técnicos o fazem. A equipe avalia os acolhimentos e verificam o grau de prioridade. A maioria dos usuários chega encaminhada do Pronto Atendimento do Hospital da cidade, PSF, Policlínica, Conselho Tutelar, Judiciário (por questões relacionadas a álcool e outras drogas).

Devido ao setor de psicologia só realizar atendimentos individuais há lista de espera. Como sugestão para amenizar a situação seria a realização de psicoterapia grupal.

Os casos severos e persistentes demandam tratamento adequado no CAPS. Porém o município não estabeleceu parceria necessária, e assim estes usuários permanecem em suas casas, com pouca ou nenhuma atividade de suporte destinada a reabilitação. Já os casos de álcool e drogas são encaminhados ao CRAS para participarem de oficinas e atividades físicas.

A cidade possui um hospital filantrópico, com um pronto-socorro financiado pelo município, onde atualmente as pessoas em crise estão conseguindo ser atendidas. Mas isso ocorre por conta de muito diálogo, e presença física da Coordenadora do Ambulatório ou de algum técnico da equipe acompanhando os atendimentos nas primeiras vezes. Atualmente qualquer procedimento no hospital geral é comunicado ao Ambulatório ou a Coordenadora para solicitar informações e pedir orientação sobre o usuário em questão, evitando assim internações desnecessárias.

O que antes era uma barreira se tornou, depois de muito diálogo, um caminho possível para a diminuição das internações na cidade, como apresentado no Gráfico 7, em que a taxa de internação em 2010 era de 1,09 a cada 1000 pessoas, o que equivale a 15 internações, e a de 2011 de 0,68, equivalente a 10 internações.

De modo geral o Ambulatório de Brasópolis possui boa articulação com os setores educacional, assistencial e jurídico do município, porém, a falta da rede de atenção em saúde mental na microrregião limita o trabalho realizado, especialmente no que se refere aos casos severos de transtornos mentais e as pessoas dependentes de álcool e outras drogas.

### Ambulatório de Saúde Mental de Paraisópolis

A casa que abriga o ambulatório fica localizada na região central da cidade, em uma rua paralela à rua principal do comércio. Priorizaram estar nessa casa pela localização, porém possui degraus e escadas, além da sala de enfermagem não possuir o piso adequado, o que inviabilizou o credenciamento ao CNES. A equipe continua procurando casas, mas por enquanto não encontraram uma que responda às necessidades.

Sendo um serviço não credenciado, ele é entendido pela equipe como um serviço da atenção primária, como uma estratégia da saúde mental da família, que está em funcionamento desde 2007.

O serviço funciona das 8h às 16h30min. Os usuários vêm encaminhados geralmente dos PSF e do pronto-socorro da cidade. Ao chegar a pessoa passa por acolhimento, onde é feita a proposta de tratamento.

Atendem crianças a partir dos 7 anos com acompanhamento médico, orientação aos pais, e oficinas expressivas, sendo organizados em primeira infância, segunda infância, pré-adolescência, adolescência. Crianças menores de 7 anos são geralmente atendidas pela APAE de Paraisópolis.

Os técnicos do ambulatório são: 2 psicólogos, 1 assistente social, 1 enfermeira, 2 técnicos de enfermagem, 1 terapeuta ocupacional, 2 ACS, 1 psiquiatra, e 1 Coordenador de Saúde Mental.

Há no serviço oficinas terapêuticas, atendimentos individuais e em grupos, visitas domiciliares, com uma abordagem focada na demanda clínica, na singularidade apontada naquele contexto.

A equipe do ambulatório em 2010 realizou o matriciamento da atenção básica, com capacitações e reuniões mensais com as ESF e com os ACS, o que facilita e propicia hoje a atenção compartilhada entre eles.

O ambulatório disponibiliza uma sala para as reuniões de AA que ocorrem no período da noite.

Com relação às internações realizadas pelo pronto-socorro da cidade, a equipe de saúde mental telefona todas as segundas-feiras para saber se houveram internações, como uma forma de acompanhar os casos, e entram em contato com as famílias, uma vez que o plantonista tem autonomia para internar via SUSFácil, situação compreendida por eles como o ponto frágil da rede.

Nesse serviço, os casos de transtornos mentais severos estão sendo atendidos pelo psiquiatra que tem parte da agenda aberta para acolhimentos. Os casos crônicos ficam o dia todo no serviço e, por ser uma equipe da atenção primária em atividade, qualquer situação mais difícil ou crise o serviço já é notificado e a atuação é mais rápida.

### **Outros Serviços**

Outro serviço bastante relevante para os cuidados em saúde mental é o Centro de Convivência, local em que os usuários vão para conviver, produzir, aprender, trocar realizando as mais variadas oficinas. Alguns municípios tentam dar conta de tais necessidades criando oficinas ministradas por ACS nos bairros da zona rural, por exemplo, caso de Delfim Moreira, ou criando grupos de usuários como ocorre tanto em Piranguçu quanto em Piranguinho, em parceria com os CRAS. Itajubá estava para implantar um Centro de Convivência no município com um recurso recebido de um edital de 2009. Porém, o recurso foi devolvido ao Estado de Minas Gerais por não ter sido usado em tempo hábil.

No que se refere ao atendimento especializado na comunidade, verifica-se que nem todos os municípios contam com psiquiatra em seu corpo técnico, o que para muitos deles é considerado um problema, pois a rede não está formada e alguns municípios podem contar com apenas 1 ou 2 vagas para consultas por mês, incluindo consultas, retornos e crises: *O problema nosso são as vagas especializadas, especialmente na psiquiatria que são tratamentos de longa duração, que necessitam de retorno, de acompanhamento e a gente não tem essa facilidade. Então, a gente não deixa faltar medicamento, a nossa estratégia é essa. E em casos de surto a gente utiliza o CAPS, porque lá eles atendem os casos de surtos, e no último caso a gente vai pagando a consulta, naqueles casos em que vai agravando (...). Eu acho um absurdo essa maneira do ministério avaliar o número de vagas especializadas,*

*especialmente a consulta psiquiátrica, que é um tratamento de longa duração, o paciente é instável, então é caótico (P20).*

Com relação ao atendimento especializado para álcool e outras drogas, o Hospital Escola tem feito, por intermédio de seus profissionais do setor de psiquiatria, um trabalho de qualidade reconhecido pela microrregião.

No Iº Fórum Municipal de Políticas Antidrogas, em 01 de junho de 2012, o psiquiatra Jorge Tostes, no Anfiteatro da Faculdade de Medicina de Itajubá, apresentou o volume de atendimento médico no Hospital Escola no NATESPI em 2011:

- 160 atendimentos para usuários de crack
- 120 para álcool
- 10 para maconha
- 411 atendimentos individuais psicológicos e em grupos psicoterapêuticos.

Há a proposta da implantação de Unidades de Acolhimento Adulto e Unidades de Acolhimento Infanto-Juvenil, que têm por objetivo oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo (Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012). Houve a pactuação, em junho de 2012, na microrregião para que para tais unidades sejam implantadas.

### **3 – Atenção Terciária**

#### **3.1 - Atendimento de Longa Permanência e Serviços Psiquiátricos Especializados**

A Pirâmide do cuidado em saúde mental foi pensada para, a médio e longo prazo, aumentar o acesso ao tratamento e diminuir os gastos públicos. Fica evidente que quanto mais especializado o tratamento maiores são os gastos.

Sabe-se da importância do cuidado especializado e em serviços de longa permanência, especialmente para aqueles casos mais complexos, em que a pessoa apresenta muita resistência em se tratar, ou em casos de psiquiatria forense. Todavia, esse tipo de tratamento é indicado, como demonstrado na pirâmide, para uma parcela minoritária da população.

É importante frisar que os serviços de longa permanência atualmente precisam ser bem diferentes daqueles existentes no século XX, onde os direitos humanos eram fortemente violados, e pouca ou nenhuma reabilitação ocorria. Portanto, ainda vive-se um período de transição, onde os hospitais psiquiátricos remanescentes encontram-se constantemente em avaliação, pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/Psiquiatria - PT GM 251, de 31 de janeiro de 2002).

No Brasil em 2002 gastava-se o equivalente a 75,24% dos recursos financeiros disponibilizados pelo governo federal com internações psiquiátricas. A partir de 2006 houve a inversão dos gastos, e o investimento na rede de serviços extra-hospitalares superou os gastos com a rede hospitalar. Atualmente os gastos com serviços extra-hospitalares giram em torno de 71,2%, ou seja, está ocorrendo uma redistribuição de investimentos financeiros, com a criação de ações e serviços diversificados de base comunitária, e a diminuição progressiva de leitos em hospitais psiquiátricos.<sup>12</sup>

Na microrregião de Itajubá, foram internadas, em 2011, 84 pessoas, como mostra a Tabela 11. Os hospitais de internação mencionados são: Hospital Otto Krakauer em Passos e o Hospital Psiquiátrico Gedor Silveira em São Sebastião e a Casa de Saúde Paulo Menicucci Ltda em Lavras. A Casa de Saúde Paulo Menicucci em Lavras não é mais referência para internações, uma vez que segundo avaliação da RTSM-PA, ela não preenchia os critérios mínimos para continuar prestando serviços para a microrregião.

Há, por parte da RTSM-PA incentivo, suporte e cobranças para que cada vez mais diminua o número de pessoas internadas em hospitais psiquiátricos. A RTSM-PA avalia que maior parte das internações ocorre por falta de organização do fluxo dos serviços de saúde mental: *A gestão municipal tem que fazer cumprir o papel. Tem que organizar esse fluxo, entender que é responsabilidade dela.*

Um dos efeitos da oficialização em 2011 do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS

(PEAD- Portaria nº 1.190, 4 de junho de 2009) foi a regularização e o incentivo fiscal às comunidades terapêuticas.

De acordo com Resolução nº 101/01 da ANVISA, as comunidades terapêuticas são serviços para atender, em ambiente protegido, com convivência entre os pares, e isolados de suas comunidades, as pessoas com transtornos decorrentes do uso nocivo de substâncias psicoativas.

Atualmente, algumas comunidades terapêuticas prestam tratamento na microrregião e proveem suporte a diversas famílias. Em Itajubá, segundo informação repassada pela Coordenadora de Saúde Mental, em 2011, ocorreram 138 internações em comunidades terapêuticas, de julho a dezembro, incluindo homens, mulheres, e adolescentes, o que gerou um gasto de R\$ 391.959,38 para o município. De janeiro de 2012 até agosto/setembro foram internadas 121 pessoas, gerando um gasto de R\$265.194,96.

Há uma discussão nacional bem ampla sobre o uso dos recursos públicos investidos nas comunidades terapêuticas. Muitos receiam que tais aportes propicie o retorno ao modo hospitalocêntrico, enclausurador e despontecializador de vida.

Paulo Amarante<sup>84</sup> em artigo publicado em 22/12/2011, diz:

Certamente ninguém discorda que o Estado precisava definir uma política sobre o uso de drogas. O curioso é que a questão do financiamento público às “comunidades terapêuticas”, geridas, como são, por entidades religiosas, venha a ser um dos principais aspectos do Plano. Seria pelo apoio político ao Governo das bancadas que defendem os interesses destes mesmos setores? Afinal, numa interpretação ampliada do conceito de biopolítica de Foucault, o mercado é uma estratégia fundamental de regulação das relações público-privado. Neste sentido, tudo é mercado, e o resto... também é mercado! O mercado das terapêuticas, das religiões, da mídia.

A RTSM-PA deixa bem claro o seu posicionamento e sua orientação à microrregião: *É um absurdo o gasto do município (Itajubá) com elas, isolam, mandam para longe e só. Não trabalham mesmo a questão de AD. Com esse dinheiro que eles gastam mandando para as CT, poderiam fazer um serviço de altíssima qualidade, com CAPSad, capacitando a atenção primária para acolher, matriciando a rede. Trabalhando o usuário em sua totalidade, inclusive família e comunidade (o espaço social por onde ele circula e interage e vive). A questão do sujeito vem muito antes da droga. E Itajubá não entende isso, quer tratar somente a questão da droga, deixando o sujeito de lado.*

Portanto, como relatado na pesquisa, verifica-se a necessidade premente de se instalar outros dispositivos de cuidado as pessoas que fazem uso prejudicial de drogas lícitas e ilícitas, a fim de intensificar, ampliar e diversificar as ações norteadoras para a prevenção, promoção, tratamento e reabilitação, em parceria com outros setores: esporte, cultura e lazer; educação; assistência social; emprego e trabalho, sempre levando em conta o sujeito constituído de necessidades, demandas e desejos.

## CAPÍTULO 7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pensando em uma região com menos de 200 mil habitantes, composta por 15 cidades, dentre elas, 9 com menos de 10 mil moradores, muitos questionamentos pautaram a presente investigação: que equipamentos instalados existem para contemplar quem precisa de tratamento em saúde mental? Quais profissionais estão envolvidos no processo? Estão estes profissionais capacitados? A cidade referência consegue prestar atendimento adequado a si e ser referência de verdade para as outras cidades? O que tem sido feito no intuito de potencializar o cuidado em saúde mental? Em suma: que facilitadores e barreiras ao acesso ao tratamento em saúde mental são encontrados por quem busca tratamento em saúde mental na microrregião de Itajubá?

Na pesquisa entende-se por facilitadores aqueles pontos, que por já existirem, podem contribuir para a construção de uma rede de cuidados na microrregião. Entre eles destacam-se:

- A existência de ESF em todos os municípios, com boa cobertura nas municipalidades menores;
- Boa articulação intersetorial com a assistência social;
- A existência de uma coordenadoria de saúde mental na cidade de Itajubá;
- A existência de um CAPS, ainda que não credenciado ao SUS;
- Colegiados de Saúde Mental promovidos pela SRSM-PA;
- Pactuações intermunicipais de ações em saúde mental.

Com o estudo realizado pode ser constatado que as barreiras encontradas na microrregião não estão distantes das apresentadas em outras regiões, e até mesmo em outros países, tais como as mencionadas por Saraceno et al.<sup>22</sup>: falta de profissionais envolvidos e qualificados; demora na implantação dos serviços substitutivos de cuidado; dificuldade na integração entre os cuidados em saúde mental na atenção básica, entre outras.

De uma maneira direta e indireta percebe-se que a falta de “vontade política”, aqui definida como uma intervenção mais clara da gestão pública da saúde, com estabelecimento de prioridades para prover a ampliação do acesso, tem sido a barreira a ser enfrentada na microrregião. Ações pontuais, midiáticas, com pouca resolutividade, efetividade, falta de organização e planejamento das ações, impossibilitaram o acesso de muitos ao tratamento adequado em saúde mental até o momento.

Como demonstrado pela Pirâmide dos Serviços em Saúde Mental, viu-se que não existe saúde mental sem a integração entre os diferentes níveis de serviços; viu-se que a atenção básica é incapaz de realizar todo o tratamento necessário em saúde mental; viu-se a necessidade premente de existir a oferta de tratamento de base comunitária e que as internações psiquiátricas devem ser pontuais e exceções à regra.

O que ocorre na microrregião de Itajubá é justamente a falta de uma rede instalada que ofereça os diferentes níveis de serviços. Poucos são os dispositivos disponíveis, e na maioria das vezes, de modo precário e não integrado. Além disso, esses dispositivos contam com um número reduzido de profissionais, sendo que muitos deles acabam realizando o cuidado ao outro por solidariedade, seja sendo um voluntário formal ou informal (quando compram com o próprio salário materiais para a realização de oficinas, ou quando vão aos finais de semana realizar uma visita, sem receber adicional salarial). Há também muitos trabalhadores da atenção básica sem saber como realizar uma abordagem em situações de crise, por exemplo, por não possuírem supervisão e treinamento adequados.

E é assim que as pessoas que precisam de atendimento na microrregião continuam sem poder contar com uma rede de verdade, potencializadora de vida, tanto para usuários, familiares e trabalhadores.

Para que essas barreiras sejam superadas é preciso que novas posturas sejam adotadas.

Portanto, cabe como primeira recomendação à microrregião a elaboração de um plano de ação em saúde mental, usando informações concretas sobre sua população, informações essas contidas até o momento apenas nos cadernos dos ACS. Cada município precisa ter em mãos os dados epidemiológicos de sua população, onde moram, do que precisam, quais as suas demandas, para em seguida formalizarem um sistema de informação compartilhado, e que tanto os profissionais da atenção básica quanto os gestores tenham acesso.

Com um plano de ação em mãos os gestores municipais terão condições de saber quais os pontos mais vulneráveis, onde medidas emergenciais precisam ser tomadas, quais os passos precisam ser dados, e como poderão trabalhar intermunicipalmente, gerando uma rede potente, de trocas e nós firmes. Com tal feito, será possível, por exemplo, estabelecer critérios de contratação de profissionais, organizar capacitações aos profissionais da atenção primária, provendo suporte e supervisão.

Outra recomendação muito relevante e de necessidade imediata, para que uma rede de saúde mental ocorra, é a de implantar os serviços pactuados: credenciamento do CAPS II, criação do CAPSad e CAPSi, instalação das unidades de acolhimento, e de assegurar a todos a permanência na clínica médica nos hospitais de referência. Aportes financeiros do governo federal continuam a ser disponibilizados aos municípios<sup>viii</sup> e apoio estadual por meio de orientações e capacitações pela RTSM-PA continua a chegar, basta ser solicitado.

Há também a necessidade premente de aumentar a participação política dos usuários dos serviços de saúde mental e suas famílias. É preciso criar locais de encontro e discussão, a fim de se empoderarem para lutar por seus direitos, e exigirem um tratamento digno, com escuta qualificada e suas escolhas respeitadas.

Espero que essa pesquisa provoque muitas pessoas, que essa pesquisa fomente a busca por mais, ainda que seja para dizer o contrário. Que os atores se mobilizem e se unam para criar um novo enredo para essa história, ainda tão atrasada. Que essa localidade, que representa tantos “Brasis” pelas suas características socioeconômicas e culturais, e que permanece calada, solitária, isolada, apática, manipulada, desalmada, se refaça e se transforme. Que a ideia de que Itajubá (e conseqüentemente a região) não foi feita para crescer fique como história a ser contada pelos bisavôs, e que essa microrregião passe a representar o progresso, se utilizando de conhecimento de ponta, agregando, compartilhando, se responsabilizando, cuidando psicossocialmente de sua população.

Assim, concluímos com o pensamento de Paulo Delgado<sup>(1)</sup>: *não há mais necessidade de amaldiçoar o sistema manicomial. Ele faz parte da história. Temos é que fazer a lei entrar em*

---

<sup>viii</sup> PORTARIA Nº 615, DE 15 DE ABRIL DE 2013 - Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de CAPS e Unidades de Acolhimento, em conformidade com a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS.

*vigor e exigir que os governos federal, estadual e municipal estimulem os novos serviços do sistema aberto.*

Como proposta de continuidade desse trabalho seria interessante incluir na pesquisa um estudo mais aprofundado sobre o acesso ao tratamento com um maior número de familiares, e incluir também a vivência dos usuários com transtornos mentais, álcool e outras drogas. Outra proposta a ser pensada seria a de realizar um estudo sobre as condições de trabalho e saúde dos ACS, que estão na linha de frente dos cuidados em saúde mental, especialmente nas cidades de pequeno porte.

## REFERÊNCIAS

- (1) DELGADO, Paulo. Humanismo, Ciência e democracia - os princípios que nortearam a transição para o novo modelo de assistência aos portadores de sofrimento psíquico. *Cad. Bras. Saúde. Mental*, Vol. 1, nº1, jan-abr, 2009, p. 1-9.
- (2) SARACENO, Benedetto; DUA, Tarun. Global Mental Health: the role of psychiatry. **European Archives of Psychiatry Clinical Neuroscience**. v. 259, Suppl 2, 2009, p.109-117.
- (3) OMS - Organização Mundial de Saúde. *The World health report: 2001: Mental health: new understanding, new hope*. WHO, Geneva, 2001.
- (4) CALDAS de ALMEIDA, José Miguel; HORVITZ-LENNON, Marcela. An Overview of Mental Health Care Reforms in Latin America and the Caribbean. *Psychiatric Services - ps.psychiatryonline.org*, V. 61, N.3, Mar, 2010, p.1-4.
- (5) Health in Brazil. **Rev. TheLancet.com** [online]. May 2011. Disponível em: <<http://www.thelancet.com/series/health-in-brazil> DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8>. Acesso em 24 Jul. 2011.
- (6) CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo; JESUS, Christiane Herold de; CREVELIM, Maria Angélica. A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. **Saude soc.**, São Paulo, v. 19, n. 3, Sept. 2010. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902010000300021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000300021&lng=en&nrm=iso)>. Access on 29 Aug. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000300021>.
- (7) DELGADO, Pedro Gabriel. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: novos diálogos entre a saúde mental e o direito. **Revista Jurídica Consulex**. Ano XIV – nº320. 15 de maio de 2010. Disponível em: <[www.nuppsam.org/page12.php](http://www.nuppsam.org/page12.php)>. Acesso em: 05 nov. 2011.

- (8) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção: relatório da gestão 2003 - 2006. Brasília, DF, 2007.
- (9) TENÓRIO, Fernando. A Psicanálise e a clínica da Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro, Marca d'Água Livraria e Editora Ltda., 2001.
- (10) VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Desafios políticos no campo da saúde mental na atual conjuntura: uma contribuição ao debate da IV Conferência Nacional. In: \_\_\_\_\_ . Desafios Políticos da Reforma Psiquiátrica Brasileira. São Paulo (SP): Editora Hucitec, 2010, pp.17 - 72.
- (11) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007 - 2010. Brasília, DF, 2011.
- (12) BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados - 10, Ano VII, nº 10. Brasília, DF, março de 2012.
- (13) DIMENSTEIN, Magda et al. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saude soc.**, São Paulo, v. 18, n. 1, Mar. 2009. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902009000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000100007&lng=en&nrm=iso)>. Access on 23 Jul. 2011.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000100007>.
- (14) ALVERGA, Alex Reincke; DIMENSTEIN, Magda. A loucura interrompida nas malhas da subjetividade. In: AMARANTE, PAULO (org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**, V. 2, Nau Editora, Rio de Janeiro, 2005, p. 45 - 66.
- (15) KOHN, Robert et al. The treatment gap in mental health care. **Bulletim of the World Health Organization**. Nº 82, Nov., 2004, p.858 - 866.
- (16) OMS - Organização Mundial de Saúde. Integrating Mental Health into Primary Care: A global perspective. WHO, WONCA, Geneva, 2008.

- (17) BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2003. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf) Acesso em 30 Mar. 2012.
- (18) JESUS, Washington Luiz Abreu de; ASSIS, Marluce Maria Araújo. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, Jan. 2010. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000100022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100022&lng=en&nrm=iso)>. Access on 30 Mar. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000100022>.
- (19) CAMARGO JR, K. R. et al . Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2011. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001300011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300011&lng=en&nrm=iso)>. Access on 29 Aug. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300011>.
- (20) THORNICROFT, Graham; TANSELLA, Michele. Boas Práticas em Saúde Mental Comunitária. Barueri, SP: Editora Manole Ltda., 2010.
- (21) SCHMIDT, Moema Belloni; FIGUEIREDO, Ana Cristina. Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 12, n. 1, Mar. 2009 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142009000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142009000100009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso 23 Jul. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142009000100009>.
- (22) SARACENO, Benedetto. et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. **Rev. Lancet**. V. 370, 2007, p.1164-1174.
- (23) FOUCAULT, MICHEL. História da Loucura. Ed Perspectiva, São Paulo, 2004.
- (24) AMARANTE, PAULO. O Homem e a Serpente - Outras Histórias para a Loucura e a Psiquiatria. Ed Fiocruz, Rio de Janeiro, 2008.

- (25) AMARANTE, Paulo. Loucos Pela Vida - A trajetória da reforma Psiquiátrica no Brasil. 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.
- (26) GOFFMAN, Erving. Manicômios, Prisões e Conventos. São Paulo: Ed. Perspectiva, 2005.
- (27) LOBOSQUE, Ana Marta. Um desafio à formação: nem a perda da teoria, nem o medo da invenção. \_\_\_\_\_ (org.). **Caderno de Saúde Mental**. Encontro Nacional de Saúde Mental. Vol. 1. Belo Horizonte: ESP - MG, 2006, p.21 - 31. Disponível em: <<http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2009/06/caderno-saude-mental.pdf>>. Acesso em 20 ago. 2011.
- (28) BENEVIDES, Regina; JOSEPHSON, Silvia. Lares Abridados: dispositivo clínico-político no impasse da relação com a cidade. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.25, nº 58, suppl.,1 p. 57-69, mai/ago, 2001. Disponível em: <[http://www.cebes.org.br/media/File/publicacoes/Rev%20Saude%20Debate/Saude%20em%20Debate\\_n58.pdf#page=28](http://www.cebes.org.br/media/File/publicacoes/Rev%20Saude%20Debate/Saude%20em%20Debate_n58.pdf#page=28)>. Acesso em 15 ago. 2011.
- (29) AMARANTE, Paulo. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 3ª edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
- (30) SAMPAIO, José Jackson Coelho; BARROSO, Carlos Magno Cordeiro. Centros de Atenção Psicossocial e Equipes de Saúde da Família: Diretrizes e Experiências no Ceará. SaúdeLoucura - Saúde Mental e Saúde da Família. Número 7 - 2ª edição. São Paulo: Editora Hucitec, 2007, p. 199 - 220.
- (31) DELGADO, Paulo Gabriel Godinho. Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil. Reforma Psiquiátrica no Brasil: ideais, atores e instituições políticas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Vol. 16 nº12. Rio de Janeiro: ABRASCO, Dez, 2011, p. 4701 - 4706.
- (32) YASUI, Silvio; COSTA-ROSA, Abílio. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.32, nº 78/79/80, p. 99-107, jan./dez., 2008. Disponível em: <[http://observasaude.fundap.sp.gov.br/BibliotecaPortal/Acervo/Sa%C3%BAde%20Mental/Revista%20Sa%C3%BAde%20em%20Debate\\_Sa%C3%BAde%20mental\\_%20v.32\\_n%2078-79-80\\_jan\\_%20dez\\_2008.pdf](http://observasaude.fundap.sp.gov.br/BibliotecaPortal/Acervo/Sa%C3%BAde%20Mental/Revista%20Sa%C3%BAde%20em%20Debate_Sa%C3%BAde%20mental_%20v.32_n%2078-79-80_jan_%20dez_2008.pdf)>. Acesso em 15 ago. 2011.

- (33) LOBOSQUE, Ana Marta. Debatendo alguns desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Vol. 16 nº12. Rio de Janeiro: ABRASCO, Dez, 2011, p. 4590 - 4593.
- (34) SILVEIRA, Daniele Pinto da; VIEIRA, Ana Luiza Stielber. Reflexões sobre a Ética do Cuidado em Saúde: Desafios para a Atenção Psicossocial no Brasil. **ESTUDOS E PESQUISAS EM PSICOLOGIA**, UERJ, Rio de Janeiro, Ano 5, n.1 suppl.1, p. 92 - 101, 1º Semestre 2005. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v5n1/artigos/a06.pdf>>. Acesso em 15 ago. 2011.
- (35) TENÓRIO, Francisco; ROCHA, Eduardo. A psicopatologia como elemento da atenção psicossocial. In: ALBERTI, Sonia; FIGUEIREDO, Ana Cristina (org.). **Psicanálise e Saúde Mental: uma aposta**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006, p.55 - 72.
- (36) SARACENO, Benedetto. **Libertando Identidades - da realidade psicossocial à cidadania possível**. 2ª edição. Rio de Janeiro. Te Corá Editora, 2001.
- (37) COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Intersetorialidade: uma exigência da clínica com crianças na Atenção Psicossocial. Considerações Preliminares. In: RIBEIRO, EL; TANAKA, OY (org.). **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS**. SP: Ed. Hucitec. 2010, p 271 - 279. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/intersectorialcrisvpedro.pdf>>. Acesso em 13 Set. 2011.
- (38) BEZERRA JR, Benilton. Um apelo à clínica: nem o respaldo da norma, nem o extravio na dor. In: LOBOSQUE, Ana Marta (org.). **Caderno de Saúde Mental**. Encontro Nacional de Saúde Mental. Vol. 1. Belo Horizonte: ESP - MG, 2006, p.21 - 31. Disponível em: <<http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2009/06/caderno-saude-mental.pdf>>. Acesso em 20 ago. 2011.
- (39) OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro de. Trabalho e cuidado no contexto da atenção psicossocial: algumas reflexões. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, dez. 2006. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-)

81452006000400011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15 ago. 2011.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452006000400011>.

(40) VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Abordagens Psicossociais. Volume I História, Teoria e Trabalho no Campo. 2ª edição. São Paulo: Editora Hucitec, 2009.

(41) BAPTISTA, Luís Antônio dos S. et al. A Reforma Psiquiátrica e os Dispositivos Residências no Rio de Janeiro: desafios contemporâneos para os profissionais de saúde mental. O texto produzido refere-se à pesquisa "A Reforma Psiquiátrica e o Cotidiano nos Serviços Residenciais: a formação dos profissionais da saúde mental em questão".

(42) KODA, Mirna Yamazato. A construção de sentidos sobre o trabalho em um Núcleo de Atenção Psicossocial. In: AMARANTE, PAULO (org.). Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial, V. 1, Nau Editora, Rio de Janeiro, 2003, p. 67 - 87.

(43) SARACENO, Benedetto. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana (org.). Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo (SP): Hucitec, 2001, p. 13 - 18.

(44) SILVA, Martinho Braga Batista e. Atenção psicossocial e gestão de populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, jun. 2005. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312005000100008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000100008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 29 ago. 2011.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312005000100008>.

(45) DELL'ACQUA, Giuseppe; MEZZINA, Roberto. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, PAULO (org.). Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial, V. 2, Nau Editora, Rio de Janeiro, 2005, p. 161 - 194.

(46) PITTA, Ana Maria Fernandes. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: \_\_\_\_\_ (org.). Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo (SP): Hucitec; 2001, p. 19 - 26.

(47) FARIA, Rivaldo Mauro de; BORTOLOZZI, Arleude. Espaço, Território e Saúde: Contribuições de Milton Santos para o Tema da Geografia da Saúde no Brasil. **R. RA'E GA**, Editora UFPR, Curitiba, n. 17, p. 31-41, 2009. Disponível em: <[ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/raega/article/viewFile/11995/10663](http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/raega/article/viewFile/11995/10663)>. Acesso em 10 ago. 2011.

(48) KAROL, Eduardo. Território e Territorialidade da Federação de Órgãos para a Assistência Social e Educacional - F.A.S.E. - estudo sobre território e organização não-governamental. 2000. Dissertação - Departamento de Geografia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. USP/São Paulo, 2000. Disponível em from: <<http://empreende.org.br/pdf/ONG's,%20OSCIP'S%20e%20Terceiro%20Setor/Estudo%20sobre%20territ%C3%B3rio%20e%20ONG'S.pdf>>. Acesso em 15 ago. 2011.

(49) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília, DF, 2004.

(50) MACIEL, Marcelo de Abreu. Saúde mental e atenção psicopessoal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, Apr. 2008. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000400027&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000400027&lng=en&nrm=iso)>. Access on 15 ago. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000400027>.

(51) DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Por uma Clínica da Reforma: Concepção e Exercício. LOBOSQUE, Ana Marta (org.). **Cadernos de Saúde Mental - A Reforma Psiquiátrica que Queremos Por uma Clínica Antimanicomial**. Belo Horizonte, p. 59 - 65, 2007. Disponível em: <<http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2009/06/caderno-saude-mental.pdf>>. Acesso em 20 ago. 2011.

(52) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Conferencia Nacional de Saúde Mental - Intersetorial. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília, DF, 2010.

(53) QUINTAS, Renata Martins; Amarante, Paulo. A ação territorial do Centro de Atenção Psicossocial em sua natureza substitutiva. **Revista Saúde em Debate**. Rio de

- Janeiro, v.32, nº 78/79/80, p. 99-107, jan./dez., 2008. Disponível em: <[http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/31774\\_4100.PDF](http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/31774_4100.PDF)>. Acesso em 15 ago. 2011.
- (54) LANCETTI, Antônio. Clínica Peripatética. Políticas do Desejo. 4ª edição. São Paulo: Editora Hucitec, 2009.
- (55) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília, DF, 2009.
- (56) FERNANDES, Maria Inês Assumpção; SCARCELLI, Ianni Regina. Psicologia e políticas públicas de saúde: da construção de modelos à implementação de práticas. In: AMARANTE, Paulo (org.). Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial, V.2. Rio de Janeiro (RJ): Nau; 2005, p. 67 - 90.
- (57) CABRAL, Bárbara, et al. Estação Comunidade. Saúde Loucura - Saúde Mental e Saúde da Família. Número 7 - 2ª edição. São Paulo: Editora Hucitec, 2007, p137 -153.
- (58) MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2008.
- (59) TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. Saúde Soc. V. 20, nº 4. São Paulo, 2011, p. 927 - 934. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/10.pdf> Acesso em 28 Out 2012.
- (60) Saúde e Cidadania. Livro 3 - Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde. Disponível em: <[http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala\\_de\\_leitura/saude\\_e\\_cidadania/ed\\_03/03\\_05.html](http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_03/03_05.html)>. Acesso em 10 ago. 2011.
- (61) DONABEDIAN, Avedis. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. New York: Oxford University Press, 2003.
- (62) UCHIMURA, Kátia Yumi; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, Dec. 2002. Available from

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2002000600009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000600009&lng=en&nrm=iso)>. Access on 01 Nov. 2012.

(63) DONABEDIAN, Avedis. Evaluating the Quality of Medical Care. **The Milbank Quarterly**, Vol. 83, No. 4, 2005, p. 691–729. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x/pdf> Acesso em 03 Nov 2012.

(64) MINAYO, Maria Cecília de Souza. Prefácio - A Utilização do Método Qualitativo para a Avaliação de Programas de Saúde. In: CAMPOS, Rosana Onocko et al. (org.). Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental. Desenho Participativo e Efeitos da Narratividade, Editora HUCITEC, São Paulo, 2008, p.15 - 19.

(65) POPE, Catherine; MAYS, Nick. Qualitative Research – Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *British Medical Journal – BMJ*. V 311, p. 42-45, 1995. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2550091/pdf/bmj00599-0046.pdf> Acesso em 26 Abr. 2013.

(66) FIUZA, Alessandra Rodrigues; BARROS, Nelson Filice de. Resenhas Book Reviews. In: Pope C, Mays N, organizadores. 3ª ed. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Artmed, Porto Alegre, 2009, p. 2345 – 2346. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n4/v16n4a35.pdf> Acesso em 26 Abr. 2013.

(67) FOSSEY, E. et al. Understanding and evaluating qualitative research. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**. V.36, 2002, p. 717 - 732.

(68) MAGNANI, José Guilherme Cantor. Etnografia como prática e experiência. **Horiz. antropol.**, Porto Alegre, v. 15, n. 32, Dec. 2009. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-71832009000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832009000200006&lng=en&nrm=iso)>. Access on 03 Nov. 2012.

(69) POPE, Catherine; MAYS, Nick. Qualitative Research – Observational methods in health care settings. **British Medical Journal – BMJ**. V 311, p. 109-112, 1995. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2550229/pdf/bmj00601-0048.pdf> Acesso em 26 Abr. 2013.

- (70) POPE, Catherine; MAYS, Nick. Qualitative Research – Rigour and qualitative research. **British Medical Journal** – BMJ. V 311, p. 109-112, 1995. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2550154/pdf/bmj00600-0043.pdf> Acesso em 26 Abr. 2013.
- (71) SELLTIZ, Claire et al. Métodos de Pesquisa nas Relações Sociais. Ed. Revista e Nova Tradução de Dante Moreira Leite. E.P.U., EDUSP, 5ª reimpressão, São Paulo 1975.
- (72) MILWARD, Lynne. Grupos focais. In Breakwel, G., Hammond, S., Fife-Schaw & Smith, J. Métodos de pesquisa em psicologia. Editora ARTMED, Porto Alegre, 2010, p. 278-301.
- (73) MIRANDA, Lilian et al. Dos Grupos Focais aos Grupos Focais Narrativos: Uma Descoberta no Caminho da Pesquisa. In: CAMPOS, Rosana Onocko et al. (org). Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental. Desenho Participativo e Efeitos da Narratividade, Editora HUCITEC, São Paulo, 2008, p. 249 - 277.
- (74) MALTERUD, Kirsti. Qualitative Research: Standards, challenges and guidelines. Qualitative Research Series. **The Lancet**. V. 358, p.483 - 488, ago., 2001.
- (75) BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. Brasília/ DF, Jan. 2001 Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf> Acesso em: 20 Nov. 2012.
- (76) FURLAN, Paula Giovana. O Agente Comunitário de Saúde e a prática na atenção básica: alguns apontamentos. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa e GUERRERO, André Vinicius Pires (Org.) Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada. Editora Hucitec, São Paulo, 2ª Ed., 2010, p. 367 - 387. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/21415116/Manual-das-Praticas-da-Atencao-Basica> Acesso em 30 Jul. 2011.
- (77) LANCETTI, Antonio. Saúde Mental nas Entradas da Metrópole. SaúdeLoucura - Saúde Mental e Saúde da Família. Número 7 - 2ª edição. São Paulo: Editora Hucitec, 2007, p. 11 -52.

- (78) GOMES, Márcia Constância Pinto Aderne; PINHEIRO, Roseni. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 9, n. 17, Aug. 2005. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832005000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200006&lng=en&nrm=iso)>. Access on 21 Nov. 2012.
- (79) SCHRANK, Guisela; OLSCHOWSKY, Agnes. O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 42, n. 1, Mar. 2008, p. 127 - 134. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342008000100017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000100017&lng=en&nrm=iso)>. Access on 23 Nov. 2012.
- (80) OMS - Organização Mundial de Saúde. Integrating Mental Health into Primary Care. WHO/WONCA, Geneva, 2008. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/policy/Integratingmhintoprimarycare2008\\_lastversion.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/Integratingmhintoprimarycare2008_lastversion.pdf)
- (81) OMS- Organização Mundial de Saúde. Improving health systems and services for mental health. WHO, Geneve, 2009. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598774\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598774_eng.pdf)
- (82) VASCONCELOS, Eduardo Mourão. O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias. São Paulo: Paulus, 2003.
- (83) ATHIÉ, Karen; FORTES, Sandra; Delgado, Pedro Gabriel Godinho. Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000 – 2010). *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013; 8(26):pp-pp. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(26\)536](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(26)536) Acesso em 21 Mai. 2013.
- (84) AMARANTE, Paulo. Política anti-crack. Epidemia do desespero ou do mercado anti-droga? Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES, publicado em 22/12/2011. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/verBlog.asp?idConteudo=1958&idSubCategoria=56> Acesso em 01 Dez. 2012.

## **ANEXOS**

### **Anexo 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Gestores e Técnicos)**

Você está sendo convidado para participar da pesquisa, que faz parte da conclusão do Mestrado Internacional de Políticas e Serviços em Saúde Mental, intitulada “O Acesso ao Tratamento em Saúde Mental na Microrregião de Itajubá /MG - Brasil”, sob orientação de Pedro Gabriel Godinho Delgado.

Você foi selecionado por sua experiência profissional e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição de pós-graduação ao qual este projeto se vincula, ou com a instituição/Prefeitura a qual presta serviço.

Os objetivos deste estudo são a construção de uma proposta para viabilizar o acesso ao tratamento em saúde mental na Microrregião de Itajubá, e para tal será realizado um levantamento dos facilitadores e das barreiras ao acesso ao tratamento.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de uma entrevista com intuito de discutir o acesso ao tratamento, com seus facilitadores e barreiras.

Ao participar dessa pesquisa não há riscos relacionados e as informações obtidas por meio dela serão tratadas com cuidado, de forma a não possibilitar a sua identificação, assim, todos os nomes serão substituídos por códigos (Secretario/Profissional 1, 2, etc.), visando resguardar ao máximo a sua privacidade.

Os benefícios relacionados com a sua participação são: possibilidade de relatar a experiência e realidade de seu município, criação de subsídios para demais avaliações, participação em diferentes etapas da pesquisa e não somente como fornecedor de dados para esta, entre outros.

Você ficará com uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

---

Marcela Campos Carvalho (35) 9100 2349  
Rua do Expedicionário, 186 Ap03 - Itajubá-MG  
IPUB - Instituto de Psiquiatria da UFRJ - NUPPSAM  
CEP/ Comitê de Ética em Pesquisa  
Av Venceslau Brás, 71 Botafogo  
CEP: 22290-140 Rio de Janeiro  
55 (21) 3873 5540 e Fax: 55 (21) 2543 3101

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

---

Sujeito da Pesquisa

## **Anexo 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ACS)**

Você está sendo convidado para participar da pesquisa, que faz parte da conclusão do Mestrado Internacional de Políticas e Serviços em Saúde Mental, intitulada “O Acesso ao Tratamento em Saúde Mental na Microrregião de Itajubá /MG - Brasil”, sob orientação de Pedro Gabriel Godinho Delgado.

Você foi selecionado por sua experiência profissional e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição de pós-graduação ao qual este projeto se vincula, ou com a instituição/Prefeitura a qual presta serviço.

Os objetivos deste estudo são a construção de uma proposta para possibilitar o acesso ao tratamento em saúde mental na Microrregião de Itajubá, e para tal será realizado um levantamento dos facilitadores e das barreiras ao acesso ao tratamento.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de um grupo focal com demais agentes comunitários e/ou outros profissionais com intuito de discutir o acesso ao tratamento, com seus facilitadores e barreiras.

Não existem riscos, nem prejuízos a sua vida pessoal e profissional, relacionados a sua participação no encontro grupal. Qualquer eventual desconforto que ocorra durante o processo a pesquisadora fará a mediação.

Os benefícios relacionados com a sua participação são: compartilhamento de experiências entre os profissionais, aprendizagem em trabalhos de grupo, criação de subsídios para demais avaliações, participação em diferentes etapas da pesquisa e não somente como fornecedor de dados para esta, entre outros.

A discussão do grupo focal será registrada em áudio. A confidencialidade dos assuntos abordados será assegurada pela pesquisadora e pelos participantes por meio de acordo estabelecido dentro do grupo.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão tratadas com cuidado e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, assim todos os nomes serão substituídos por códigos (Agente Comunitário 1, 2, etc.) e assegurará a privacidade.

Você ficará com uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

---

Marcela Campos Carvalho (35) 9100 2349  
Rua do Expedicionário, 186 Ap03 - Itajubá-MG  
IPUB - Instituto de Psiquiatria da UFRJ - NUPPSAM  
CEP/ Comitê de Ética em Pesquisa  
Av Venceslau Brás, 71 Botafogo  
CEP: 22290-140 Rio de Janeiro  
55 (21) 3873 5540 e Fax: 55 (21) 2543 3101

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

---

Sujeito da Pesquisa

### **Anexo 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Familiar)**

Você está sendo convidado para participar da pesquisa, que faz parte da conclusão do Mestrado Internacional de Políticas e Serviços em Saúde Mental, intitulada “O Acesso ao Tratamento em Saúde Mental na Microrregião de Itajubá /MG - Brasil”, sob orientação de Pedro Gabriel Godinho Delgado.

Você foi selecionado por seu familiar fazer uso do serviço de saúde mental prestado em seu município ou município de referência, e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição de pós-graduação ao qual este projeto se vincula, nem com o serviço o qual utiliza.

Os critérios de seleção foram baseados no levantamento de Usuários com mais de três meses de atendimento pela equipe do serviço, com disponibilidade e vontade de participar na pesquisa, que inclua homens e mulheres, diferentes patologias e idades. Caso haja mais de 10 pessoas interessadas, a participação será definida por sorteio que garantirá a aleatoriedade.

Os objetivos deste estudo são a construção de uma proposta para possibilitar o acesso ao tratamento em saúde mental na Microrregião de Itajubá, e para tal será realizado um levantamento dos facilitadores e das barreiras ao acesso ao tratamento.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de um grupo focal com demais familiares com intuito de discutir o acesso ao tratamento, com seus facilitadores e barreiras.

Não existem riscos, nem prejuízos a sua vida pessoal e profissional, relacionados a sua participação no encontro grupal. Qualquer eventual desconforto que ocorra durante o processo a pesquisadora fará a mediação.

Os benefícios relacionados com a sua participação são: compartilhamento de experiências entre familiares, aprendizagem em trabalhos de grupo, criação de subsídios para demais

avaliações, participação em diferentes etapas da pesquisa e não somente como fornecedor de dados para esta, entre outros.

A discussão do grupo focal será registrada em áudio. A confidencialidade dos assuntos abordados será assegurada pela pesquisadora e pelos participantes por meio de acordo estabelecido dentro do grupo.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão tratadas com cuidado e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, assim todos os nomes serão substituídos por códigos (Familiar1, 2, etc.) e assegurará a privacidade.

Você ficará com uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

---

Marcela Campos Carvalho (35) 9100 2349  
Rua do Expedicionário, 186 Ap03 - Itajubá-MG  
IPUB - Instituto de Psiquiatria da UFRJ - NUPPSAM  
CEP/ Comitê de Ética em Pesquisa  
Av Venceslau Brás, 71 Botafogo  
CEP: 22290-140 Rio de Janeiro  
55 (21) 3873 5540 e Fax: 55 (21) 2543 3101

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

---

Sujeito da Pesquisa

#### **Anexo 4 - ENTREVISTA (Gestores ou Responsáveis pela Saúde Mental)**

Data da entrevista: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Unidade: \_\_\_\_\_

Entrevistado: \_\_\_\_\_ Tempo de Trabalho: \_\_\_\_\_

1 - Qual a demanda do município por serviços de Saúde Mental? Quantas pessoas aproximadamente procuram a Secretaria de Saúde para esse fim a cada mês? Quantas pessoas chegam via PSF? Quantas pessoas chegam via outras organizações? (por mês)

2- Como a pessoa que busca/precisa tratamento em saúde mental pode obtê-lo? Qual o procedimento?

3 - Quais os serviços ofertados em Saúde Mental à população pelo município? O município conta com uma rede em saúde para o acolhimento e tratamento de pessoas e crianças com transtorno mental, e álcool e drogas?

4 - Quantos psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, TOs, agentes comunitários, enfermeiros, estão envolvidos nas ações de saúde mental no município?

5 - Há no município hospital, consultórios médicos e odontológicos particulares?

6 - Quando o município considera que há necessidade de internação psiquiátrica para onde são encaminhados aqueles que precisam?

7 - E a questão da epilepsia? É uma situação frequente no município? Como são atendidos e/ou encaminhados os casos?

8 - Qual a abrangência do PSF no município? Quantos médicos da família, enfermeiros, agentes comunitários?

9 - De que maneira ocorre a articulação/contato entre a Atenção Básica e a Saúde Mental?

10 - Há capacitação/treinamento da atenção básica em saúde mental? Com que frequência?  
Qual a carga horária?

11 - Há algum tipo de contato/articulação entre a rede de saúde do município e os serviços ofertados pelas organizações não governamentais/associações (AA, NA, Comunidades Terapêuticas, CAPS-Bezerra de Menezes, outras organizações)?

( ) Sim, ir para as questões de 11.1 - 11.5

( ) Não

11.1 - Como isso acontece? (frequência, estabilidade de contato, local, atores envolvidos)

11.2 - Quais as estratégias/ações adotadas para o contato? Com que frequência ocorre? (reuniões, intervenções conjuntas, capacitação)

11.3 - Há instrumentos que formalizam e registram essas ações? (atas de reunião, fichas de acompanhamento, prontuários de usuários)

11.4 - Quais os facilitadores e os obstáculos encontrados na articulação existente?

12 - Existe parceria estabelecida no município entre a saúde (e/ou mental) e as outras áreas, numa relação intersetorial de ações (educação, justiça, assistência social, trabalho)?

13 - O município disponibiliza transporte para aqueles que precisam de tratamento em saúde mental? E para os moradores da zona rural?

14 - Em sua avaliação, as pessoas com transtornos mentais severos estão conseguindo ser atendidas? Comente um pouco esta questão.

15 - As pessoas com transtornos mentais que já realizaram tratamento estão sendo acompanhadas pela Secretaria de Saúde (via própria Secretaria, PSF, Ambulatório)?

16 - Em sua opinião, quais são as principais barreiras que a pessoa que precisa/procura tratamento em saúde mental encontra em seu município ?

17 - Em sua opinião, o que favorece (facilitador) o acesso da pessoa que busca tratamento em saúde mental no município?

Observações:

## **Anexo 5 - ROTEIRO DE ENTREVISTA - Coordenador Atenção Básica**

Data da entrevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Entrevistado: \_\_\_\_\_

Formação e Função: \_\_\_\_\_ Tempo na função: \_\_\_\_\_

1 - Quando alguém na comunidade é identificado como necessitando de cuidados/tratamento em saúde mental, qual o procedimento adotado pelas ESF?

2 - Para quais serviços a pessoa é encaminhada?

3 - Qual a abrangência do PSF no município? Quantos médicos da família, enfermeiros, agentes comunitários?

4 - As ESF trabalham em parceria com as UBS? Como ocorre o trabalho de vcs?

5 - De que maneira ocorre a articulação/contato entre a Atenção Básica e a Saúde Mental?

6 - Há algum tipo de contato/articulação direta entre as equipes dos PSF e CAPS -Itajubá, AA, NA, Comunidades Terapêuticas?

( ) Sim

( ) Não

5.1 - Como isso acontece? (frequência, estabilidade de contato, local, atores envolvidos)

5.2 - Quais as estratégias/ações adotadas para o contato? Com que frequência ocorrem? (reuniões, intervenções conjuntas, capacitação)

5.3 - Há instrumentos que formalizam e registram essas ações? (atas de reunião, fichas de acompanhamento, prontuários de usuários)

7- As ESF recebem algum suporte/supervisão/capacitação em saúde mental? Com que frequência? Qual a carga horária?

8 - E a questão da epilepsia? é uma situação frequente no município ? Como são atendidos e/ou encaminhados os casos?

9 - Em sua opinião, quais são as principais barreiras que a pessoa que precisa/procura tratamento em saúde mental encontra em seu município ?

10 - Em sua opinião, o que favorece (facilitador) o acesso da pessoa que busca tratamento em saúde mental no município?

## **Anexo 6 - ROTEIRO DE ENTREVISTA - Coordenador CAPS -ITAJUBÁ**

Data da entrevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Entrevistado: \_\_\_\_\_

Função no CAPS: \_\_\_\_\_ Tempo na função: \_\_\_\_\_

1 - Como a pessoa que busca/precisa tratamento em saúde mental chega ao dispositivo?

2 - Qual o procedimento que vocês adotam para o acolhimento? Quais os profissionais são envolvidos?

3 - Quais são os critérios para uma pessoa ser cadastrada como usuária do dispositivo/como elegível? E os casos de álcool e drogas? E crianças?

4 - Caso a pessoa não tenha o perfil de usuário de CAPS, qual o destino dela? (encaminhada para onde?).

5 - Qual é o nº de usuários atendidos no serviço por mês?

6 - O que é ofertado pelo CAPS às pessoas que fazem uso do serviço (oficinas, alimentação, etc)?

7- De onde provêm os recursos financeiros que mantêm o CAPS?

8 - Qual o horário de funcionamento do CAPS?

9 - Qual o nº de profissionais e quais suas especialidades?

10 - Há algum tipo de contato/articulação entre o dispositivo e a rede de saúde do município(PSF, Coordenadoria de SM) ?

( ) Sim      ( ) Não

10.1 - Como isso acontece? (frequência, estabilidade de contato, local, atores envolvidos)

10.2 - Quais as estratégias/ações adotadas para o contato? Com que frequência ocorrem? (reuniões, intervenções conjuntas, capacitação)

10.3 - Há instrumentos que formalizam e registram essas ações? (atas de reunião, fichas de acompanhamento, prontuários de usuários)

10.4 - Quais os facilitadores e os obstáculos encontrados na articulação existente?

11 - O CAPS oferta suporte/atendimento em saúde mental à outros municípios da Microrregião de Itajubá? Quais? Qual a forma de parceria/convênio estabelecido com eles?

12 - O CAPS trabalha em parceria com outros recursos no território (AA, NA, Comunidades Terapêuticas, PSF)? E com outros setores (Escolas, CRAS/CREAS, Clubes, Empresas)?

13 - Em sua opinião, quais são as principais barreiras que a pessoa que precisa/procura tratamento em saúde mental encontra em seu município ?

14 - Em sua opinião, o que favorece (facilitador) o acesso da pessoa que busca tratamento em saúde mental no município?

## **Anexo 7 - ROTEIRO DE ENTREVISTA - Superintendente Estadual Regional Pouso Alegre**

Data da entrevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Entrevistado: \_\_\_\_\_

Tempo na função: \_\_\_\_\_

- 1 - Qual a demanda por serviços de Saúde Mental na Microrregião de Itajubá?
- 2 - Quais os avanços você tem constatado nesses últimos anos no que diz respeito à SM na Microrregião de Itajubá?
- 3 - Na Microrregião de Itajubá quais são os municípios com maior nº de internações em Hospitais Psiquiátricos por transtornos mentais? E por álcool e drogas? A que você atribui tais internações?
- 4 - Qual é sua avaliação sobre os Hospitais Psiquiátricos que são referência para a Microrregião? E as Comunidades Terapêuticas?
- 5 - As crianças com transtornos mentais têm sido atendidas? e em quais instituições? e as com uso abusivo de álcool e outras drogas?
- 6 - Como você avalia a atuação da atenção básica nos municípios da Microrregião no que diz respeito à SM?
- 7 - Como você avalia a atuação do CAPS-Bezerra de Menezes na Microrregião de Itajubá no que diz respeito ao acesso ao tratamento em SM à população? E os Ambulatórios de Brasópolis e de Paraisópolis?
- 8 - E a questão da epilepsia? É uma situação frequente na microrregião? Você tem conhecimento desses casos?
- 9 - A Superintendência Regional oferta capacitação/treinamento em saúde mental para a Microrregião de Itajubá? Com que frequência? Qual a carga horária?

10- Em sua opinião, quais são as principais barreiras que a pessoa que precisa/procura tratamento em saúde mental encontra na Microrregião de Itajubá ?

11 - Em sua opinião, o que favorece (facilitador) o acesso da pessoa que busca tratamento em saúde mental na Microrregião de Itajubá?

## **Anexo 8 - Carta de Solicitação**

Itajubá, \_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012

Carta \_\_/\_\_/2012

Assunto: Solicita autorização referente à Pesquisa de Mestrado

À

Secretaria Municipal de Saúde de \_\_\_\_\_

Ref. Pedido de Autorização.

Eu, Marcela Campos Carvalho, CPF nº285670368-28, moradora à Rua do Expedicionário, 186 Ap 03, Itajubá/MG, realizando Mestrado em Saúde Mental pela Universidade Nova de Lisboa, com pesquisa intitulada: "O Acesso ao Tratamento em Saúde Mental na Microrregião de Itajubá", sob orientação do Professor Dr. Pedro Gabriel Delgado, vem respeitosamente à presença de Vossa Senhoria solicitar a autorização para que um (1) Agente Comunitário de Saúde de seu município possa participar de uma entrevista com outros Agentes Comunitários de Saúde de outros municípios (Grupo Focal), com data a ser previamente combinada para meados de setembro, na Escola de Enfermagem Wenceslau Braz de Itajubá, localizada à Avenida Cesário Alvim, 566, Centro- Itajubá/MG.

O Grupo Focal de Agentes Comunitários de Saúde tem por objetivo discutir questões sobre o acesso ao tratamento em Saúde Mental, acrescentando informações à pesquisa. Os agentes comunitários que participarem da pesquisa não serão identificados por nome, e todos receberão e assinarão Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de forma a garantir o sigilo de sua identidade. O Grupo Focal tem previsão de duração de aproximadamente 1 hora a 1 hora e meia.

Certa do deferimento do pedido, aguardo a autorização.

Atenciosamente,

Marcela Campos Carvalho  
Psicóloga CRP nº 04/33581  
(35) 9100 2349

## **Anexo 9 - Roteiro - Grupo Focal de ACS**

- Agradecer pela presença de todos.
- Apresentação do pesquisador.
- Apresentação da Pesquisa
- Apresentação individual: nome, cidade de origem, tempo de atuação como ACS.
- Leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Assinatura.

### **Questões para Grupo Focal de ACS**

1 - O que vocês entendem por Saúde Mental? Como vocês identificam os casos de SM no seu trabalho no PSF?

2 - Na opinião de vocês, as pessoas que tem problemas mentais têm dificuldade em conseguir tratamento no seu município? Essa dificuldade é grande, é problemática?

3 - Na opinião de vocês, as pessoas que são dependentes de álcool e outras drogas têm dificuldade em conseguir tratamento no seu município? Essa dificuldade é grande, é problemática?

4 - Na opinião de vocês, quais seriam as medidas/providências que poderiam facilitar (o acesso) que essas pessoas recebessem tratamento.

5 - Vocês gostariam de acrescentar alguma coisa?

## **Anexo 10 - Roteiro - Grupo Focal de Familiares**

- Agradecer pela presença de todos.
- Apresentação do pesquisador.
- Apresentação da Pesquisa
- Apresentação individual de cada participante: nome, nome do usuário que frequenta o CAPS, há qto tempo usuário frequenta o CAPS.
- Leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Assinatura.

### **Questões para Grupo Focal de Familiares**

1 - Vocês estão participando deste grupo por terem familiares que são usuários do CAPS.

Como foi que os familiares de vocês vieram aqui para o CAPS? Por onde passaram? Qual foi a trajetória, o caminho que percorreram até eles realizarem tratamento aqui?

2 - Quais foram/são os maiores desafios que vocês enfrentam/enfrentaram para obter tratamento em saúde mental aos seus familiares?

3 - Na opinião de vocês, vocês acham que quem precisar de atendimento hoje em dia em saúde mental terá maior facilidade em conseguir tratamento ou as mesmas dificuldades? Por quê? À quais fatores vocês atribuem essas facilidades e/ou dificuldades?

4 - Na opinião de vocês, o que pode ser feito para melhorar o acesso ao tratamento em saúde mental aqui em Itajubá e Microrregião?

5 - Vocês gostariam de acrescentar alguma coisa?