

**FACULDADE VALE DO CRICARÉ
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO SOCIAL,
EDUCAÇÃO E DESENVOLVIMENTO REGIONAL**

SIMONE MARIA DIAS DO CARMO

**Regulação do acesso na Atenção Primária:
uma perspectiva para saúde mental no município de Aracruz-ES**

**São Mateus
2015**

SIMONE MARIA DIAS DO CARMO

**Regulação do acesso na Atenção Primária:
uma perspectiva para saúde mental no município de Aracruz-ES**

Dissertação apresentada à Faculdade Vale do Cricaré para a obtenção do título de Mestre Profissional em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional.
Área de Concentração: Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional.
Orientador (a): Prof^a. Dr^a. Luciana Telles Moura.

**São Mateus
2015**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação

Mestrado Profissional em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional

Faculdade Vale do Cricaré – São Mateus - ES

C287r

CARMO, Simone Maria Dias do

Regulação do acesso na Atenção Primária: uma perspectiva para saúde mental no município de Aracruz-ES. / Simone Maria Dias do Carmo. – São Mateus - ES, 2015.

112f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional) – Faculdade Vale do Cricaré, São Mateus - ES, 2015.

Orientação: Prof.^a. Dr.^a. Luciana Telles Moura

1. Regulação de acesso – Atenção primária. 2. Saúde mental. 3. Saúde pública – Aracruz - ES. I. Título.

CDD: 614

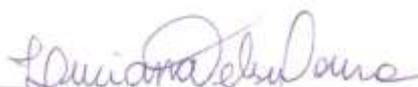
SIMONE MARIA DIAS DO CARMO

**REGULAÇÃO DO ACESSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA
PERSPECTIVA PARA SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE
ARACRUZ-ES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional da Faculdade Vale do Cricaré (FVC), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional, na área de concentração Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional.

Aprovada em 12 de Dezembro de 2015.

COMISSÃO EXAMINADORA



Prof.ª Dr.ª LUCIANA TELES MOURA
Faculdade Vale do Cricaré (FVC)
Orientadora



Prof. Dr. EDMAR REIS THIENGO
Faculdade Vale do Cricaré (FVC)



Prof.ª Dr.ª KÁTIA GONÇALVES CASTOR
Instituto Federal do Espírito Santo (IFES)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à **minha filha**, que dá sentido à minha existência, felicidade em minha vida e força na minha caminhada até o fim!

Para você, **Sophia!!!!**

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus**, porque D'Ele são todas as coisas e principalmente:

Porque no momento D'Ele, colocou os amigos **Elizabeth Borgo** e **Edson Borgo**, que me ajudaram a chegar aqui, do início ao fim desta trajetória.

Por ter me dado forças, quando me sentia pequena demais para enfrentar tantos dragões!

Quando me deu uma **filha** tão maravilhosa, companheira, amiga, pessoinha segundo o coração de Jesus. Muitas vezes, orou e segurou minhas lágrimas nesta trajetória!

Por todos os **amigos** que me concedeu! Todos, sem exceção, são vasos D'Ele que abençoam a minha vida, abastecendo-a com o que necessito para viver!

Por ter escolhido para mim a orientadora, **Dr^a. Luciana Moura**, pelo apoio, atenção e leveza em sua alma.

Aos meus **familiares**, que sempre me ajudaram e torceram por mim. Na validade de minha luta, nos méritos de minha conquista, há muito da presença de vocês.

Aos meus **colegas**, pois cada um seguirá seu caminho, com a lembrança do que fomos e a esperança de sermos mais, e de podermos mostrar que valeu o tempo que juntos ficamos.

Aos **profissionais SUS**, por contribuírem prontamente ao responder o questionário fornecido, e, por colaborar fornecendo dados para a realização deste trabalho.

Tudo que se faz em vida é por amor, até mesmo quando feito sem amor!

“Todo amor é recíproco, mesmo quando não é correspondido” (Lacan). Jacques Allain Miller foi uns dois maiores comentadores de Lacan. Sobre a frase ele diz: “Repete-se esta frase sem compreendê-la ou compreendendo-a mal. Ela não quer dizer que é suficiente amar alguém para que ele vos ame. Isso seria absurdo. Quer dizer: ‘Se eu te amo é que tu és amável. Sou eu que amo, mas tu, tu também estás envolvido, porque há em ti alguma coisa que me faz te amar. É recíproco porque existe um vai-e-vem: o amor que tenho por ti é efeito do retorno da causa do amor que tu és para mim. Portanto, tu não estás aí à toa. Meu amor por ti não é só assunto meu, mas teu também. Meu amor diz alguma coisa de ti que talvez tu mesmo não conheças’. Isso não assegura, de forma alguma, que ao amor de um responderá o amor do outro: isso, quando isso se produz, é sempre da ordem do milagre, não é calculável por antecipação”

“A psicanálise é, em essência, uma cura pelo amor” (Freud)

RESUMO

CARMO, Simone Maria Dias do. **Regulação do acesso na Atenção Primária:** uma perspectiva para saúde mental no município de Aracruz-ES. 2015 - 111f. Dissertação de Mestrado – Faculdade Vale do Cricaré, São Mateus, Espírito Santo, 2015.

O ser humano precisa estar saudável para viver com qualidade todas as suas etapas de vida. Mas, ninguém está imune de adquirir doenças, de se tornar doente, independentemente da idade. Por isso há a necessidade de implantação de Centros de Atenção Psicossocial (CAP's) para que o usuário de saúde mental tenha seu acesso garantido pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). Logo, a saúde pública para ser melhor, é necessário que dois pontos básicos funcionem em harmonia, são eles: regulação e acesso. Genericamente, define-se regulação o ato de organizar, coordenar, orientar, entre outros, e acessibilidade, que é a entrada, o ingresso do usuário ao sistema. Sendo a atenção primária a porta de entrada de qualquer usuário na rede de sistemas em saúde pública e conseqüentemente, um espaço precioso à produção de cuidado e de assistência, chegou-se a uma interrogativa: Será que há regulação do acesso na atenção primária ao paciente que possui transtornos mentais em Aracruz - ES? Para responder este questionamento, buscou-se analisar se as práticas psicológicas executadas pelos profissionais da saúde na atenção primária funcionavam de forma regulada, a fim de que viessem garantir acesso eficaz dos usuários de saúde mental através das UBS's do município de Aracruz - ES. Para tanto, usou-se o método quantitativo. Após as análises feitas, concluiu-se que as práxis desenvolvidas pelos profissionais da atenção primária são ineficazes devido à inexistência de regulação, aonde esta vai da desinformação à falta de ações e desconhecimento das leis, não contribuindo, assim, para a garantia do acesso dos usuários que necessitam deste serviço. Portanto, o impacto social do serviço de saúde mental no município de Aracruz é incipiente, necessitando ser revisto com um olhar mais ético, crítico e urgente, a fim de se cumprir as leis de direito do cidadão aracruzense.

Palavras-chave: Psicologia. Pública. Regulação de acesso. Saúde mental.

ABSTRACT

CARMO, Simone Maria Dias do. **Regulating access in primary care: a perspective for mental health in the municipality of Aracruz-ES.** 2015 - 111f. Master's Thesis – Faculty of Vale do Cricaré, São Mateus, Espírito Santo, 2015.

Human beings need to be healthy to live with quality all stages of life. But no one is immune from acquiring diseases from becoming ill, regardless of age. Therefore there is the need to implement Psychosocial Care Centers (CAPs) for the mental health user has access guaranteed by the Family Health Strategy (FHS). Therefore, the public health to be better, it is necessary that two basic points work in harmony, they are: regulation and access. Generally, it defines control the act of organizing, coordinating, directing, among others, and accessibility, which is the input, the user can enter the system. As primary care to any user gateway in public health systems network and consequently a valuable space for the production of care and assistance, we reached an interrogative: Is there regulation of access in primary care patient who has mental disorders in Aracruz - ES? To answer this question, we sought to examine whether the psychological practices performed by health professionals in primary care worked in a regulated way, so that they would ensure effective access of users of mental health through UBS's the municipality of Aracruz - ES. For this, we used the quantitative method. After the analyzes, it was concluded that the practice developed by primary care professionals are ineffective due to the lack of regulation, where this will disinformation to lack of actions and ignorance of laws, not thus contributing to ensuring access of users who need this service. Therefore, the social impact of mental health service in the municipality of Aracruz is incipient and needs to be revised with a more ethical, critical and urgent look, in order to comply with the law of laws aracruzenses citizen.

Keywords: Psychology. Public. Access regulation. Mental health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Gasto público com saúde no Brasil	28
Figura 2 – Evolução do CAPs	60
Figura 3 – Atributos da APS	66

LISTA DE FOTOGRAFIAS

Foto 1 – Unidade de Saúde Bela Vista	106
Foto 2 - Unidade de Saúde Guaxindiba.....	106
Foto 3 - Unidade de Saúde Vila Rica.....	107
Foto 4 - Posto de Atendimento Morobá	107
Foto 5 - Unidade de Saúde Barra do Riacho	108
Foto 6 - Unidade de Saúde CAIC.....	108
Foto 7 - Unidade de Saúde Coqueiral.....	109
Foto 8 - Unidade de Saúde Coqueiral	109
Foto 9 - Unidade de Atendimento à Saúde Mental.....	110
Foto 10 - Recepção do Serviço de Saúde Mental.....	110
Foto 11 - Profissionais da Saúde Mental.....	111

LISTA DE GRÁFICOS

- GRÁFICO 1** - Você tem conhecimento do número de pessoas com transtorno de saúde mental do município de Aracruz?.....77
- GRÁFICO 2** - Você entende o que é regulação do acesso?.....78
- GRÁFICO 3** - Quando você recebe um usuário, como define que é um paciente de saúde mental?.....79
- GRÁFICO 4** - Qual a importância da regulação do acesso para o usuário de saúde mental, na atenção primária à saúde?.....81
- GRÁFICO 5** - Em caso do paciente apresentar surto, qual o procedimento adotado?.....82
- GRÁFICO 6** - Que Instrumentos de organização/Gestão que a sua unidade utiliza para acompanhamento dos usuários de saúde mental?.....83
- GRÁFICO 7** - Os pacientes que estão cadastrados no serviço de Saúde Mental são acompanhados pela unidade de saúde?.....84
- GRÁFICO 8** - Os profissionais de saúde se sentem preparados para atender os pacientes de saúde mental?.....85

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Dimensões da política nacional de regulação do SUS.....	34
TABELA 2 - Objetivos desejáveis pelas políticas de saúde.....	35
TABELA 3 - Relação entre as características dos transtornos mentais.....	45
TABELA 4 - Incidência dos transtornos mentais.....	48
TABELA 5 - Causas dos transtornos mentais.....	53
TABELA 6 - Tipos de tratamento para comorbidades decorrentes de consumo excessivo do álcool.....	55

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CID	Código Internacional de Doenças
CONASENS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASP	Conselho Nacional de Segurança Pública
DSM	Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FICHA A	Ficha de cadastro, contendo informações do paciente ou família
NASP	Núcleo de Atenção e Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SIAB	Sistema de informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TM	Transtornos Mentais
TMC	Transtornos Mentais Comuns
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	167
1.1 APRESENTAÇÃO	17
1.2 PROBLEMA	19
1.3 OBJETIVOS	21
1.3.1 Objetivo geral	21
1.3.2 Objetivos específicos	21
1.4 DELIMITAÇÕES DA PESQUISA	21
1.5 JUSTIFICATIVA	22
2 POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: TECENDO UMA REDE DE CONHECIMENTO	25
2.1 GESTÃO E ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	29
2.2 REGULAÇÃO EM SAÚDE: CONCEITOS E TEORIAS.....	33
2.2.1 A regulação do Sistema Único de Saúde	35
2.2.1.1 A regulação como macrofunção dos sistemas de serviço da saúde	40
2.2.2 Programa de Saúde da Família (PSF): a marca da regulação e modernização do SUS	41
2.3 DOENÇA E SAÚDE MENTAL: UM OLHAR SOBRE A ASSISTÊNCIA PRESTADA PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	44
2.3.1 Saúde Mental	51
2.3.2 Assistência pública ao doente mental	52
2.3.2.1 Atendimento ao paciente com transtorno mental no Centro da Atenção Psicossocial.....	56
2.3.3 Reforma psiquiátrica no Brasil	58
2.3.3.1 SUS: garantia geral de assistência, integração e reintegração social do doente mental.....	62
2.4 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS).....	64
2.4.1 A família e o doente mental	67
3 METODOLOGIA	70
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO UNIVERSO	71
3.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA E INSTRUMENTO DE PESQUISA	72
4 RESULTADOS DA PESQUISA	76

4.1 ANÁLISE DOS RESULTADOS	76
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
REFERÊNCIAS.....	92
APÊNDICES	102
APÊNDICE A.....	103
APÊNDICE B.....	106
APÊNDICE C	112

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO

Um dito popular diz que o homem vive entre a loucura e sanidade. Essa situação em muitos contextos corresponde a uma realidade que atinge milhões de pessoas no mundo. O ser humano precisa estar saudável para viver com qualidade todas as suas etapas de vida. Mas, ninguém está imune de adquirir doenças, de se tornar doente, independentemente da idade.

Ieda Franken, Maria da Penha de Lima Coutinho, Maria Natália Pereira Ramos (2012) afirmam que a conceituação de saúde e enfermidade mental baseia-se tanto em problemas emocionais como cognitivos e comportamentais e se fundamenta ainda nas realidades subjetivas do meio cultural, histórico e social que o indivíduo está inserido.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde mental como “o estado de bem-estar, no qual o indivíduo percebe as próprias habilidades; pode lidar com os estresses normais da vida, é capaz de trabalhar produtivamente e está apto a contribuir com sua comunidade” (FRANKEN *et al* 2012, p. 5). É mais do que ausência de doença mental.

O sofrimento é um dos componentes associado à doença. Muitas vezes é um dos responsáveis pela resistência ao tratamento e às práticas preventivas ou de vida mais saudáveis.

O Ministério da Saúde ao discutir as diretrizes sobre Saúde Mental e Atenção Básica destacou que “[...] a saúde mental não difere em nada das outras patologias, ou seja, aquela sempre será um problema de saúde e que merece o mesmo procedimento de atenção básica como qualquer outra enfermidade” (BRASIL, 2003, p. 33). Logo, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) afirma que todas as patologias, inclusive as doenças mentais, devem ter o mesmo nível de atendimento.

Nesse propósito, e com esse sentido, está à necessidade de um verdadeiro compromisso de produzir saúde na integralidade por parte dos estados e municípios, principalmente onde não há a implantação de Centros de Atenção Psicossocial (CAP's) para que o usuário de saúde mental tenha seu acesso garantido pela Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Consoante o saber acima e durante a atuação direta da autora da dissertação no serviço de saúde mental em Aracruz, observou-se que a prática executada nos Postos de Saúde da Família (PSF's) não condizia com a grande demanda existente e que havia a necessidade de um estudo analítico em relação ao quanto e como era o conhecimento teórico dos profissionais e como executavam suas práxis nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), ou seja, se de fato tinham um olhar efetivo para a saúde mental coletiva.

O pressuposto a saber é que: saúde mental coletiva deve visar à prevenção, o atendimento e a demanda de um número expressivo de usuários bem como satisfazê-los em suas necessidades com qualidade e eficiência, ou seja, com excelência.

Para que se faça saúde pública em seu melhor, é necessário que dois pontos básicos funcionem em harmonia, são eles: regulação e acesso. Genericamente, define-se regulação, como o ato de organizar, coordenar, orientar, entre outros. Já o conceito de acessibilidade é concernente à entrada, ao ingresso do usuário ao sistema.

No intuito que este estudo contribuísse com a transformação do olhar para a saúde mental por parte dos gestores, tanto em nível de secretaria em saúde, até a gestão dos postos de saúde, buscou-se o conhecimento científico bem como embasamento teórico norteando-o com as informações e conhecimentos que se adquiriu neste processo.

Portanto, na presente dissertação foi utilizado o método quantitativo, uma vez que a autora atua diretamente no serviço. Em um primeiro momento, a descrição dos fatos e o levantamento de informações constituíram-se por meio de aplicação de

questionários com perguntas fechadas. E as entrevistas foram realizadas em 2015 com 43 pessoas que foram escolhidas por serem profissionais da área da atenção primária à saúde das UBS's, que lidam com o acolhimento, tratamento e etc., dos pacientes da saúde mental que lá chegam.

Esta pesquisa foi realizada buscando analisar se as práticas psicológicas na atenção primária funcionam de modo que garantam o acesso dos usuários de saúde mental nas UBS's do município de Aracruz, satisfazendo a demanda de modo completo e eficaz em qualquer nível de complexidade e ou necessidade dos usuários.

1.2 PROBLEMA

No ano de 1998, começou a acontecer à implantação dos PSF's em Aracruz, inicialmente a cobertura era bem pequena e hoje em 2015 a mesma já alcança 100% dos usuários.

É bem verdade que a saúde pública sempre enfrenta grandes desafios e, no município de Aracruz, não é diferente, afinal, cobertura de 100% não significa, necessariamente, trabalhos sendo executados de forma a satisfazer a necessidade em saúde da comunidade por completo. A excelência é a meta a ser alcançada, mas para isso há um caminho a percorrer.

Através da proposta de fortalecimento e reorganização da atenção básica que o Ministério Público cunhou em 2003, começaram a existir novas estratégias de trabalho, que não só mais focavam na doença e no individual, mas sim na coletividade.

A partir disso, emergem ações como a preconizada pela OMS, onde se devem organizar redes psicossociais, oferecendo tratamento ao paciente com problemas psíquicos também na atenção primária.

A exemplo disso, o município de Aracruz tem psicólogos que trabalham nos postos de saúde, contudo através da observação (empirismo), somado ao resultado de um apanhado feito através das listas que haviam nos postos de uma fila de espera de

usuários que necessitam do serviço de saúde mental nas UBS's que, além de estarem esperando muito tempo sem data prevista de atendimento, muitos dos casos eram para ser código vermelho, ou seja, precisavam de atendimento imediato. Outro entroncamento encontrado é que, notadamente, são observadas variadas formas de execução do serviço de psicologia nas UBS's com os pacientes com transtornos mentais, e nenhuma delas é vista sendo executada em coletividade. Viu-se isso a partir do médico da família que repete receitas controladas sucessivamente, desde atendimentos desordenados que não seguem os princípios e conceitos de equidade, integralidade, longitudinalidade, o que sugere fracasso do acesso do usuário a rede do SUS.

Deste modo, salienta-se a possibilidade de inconformidade do serviço de saúde mental ofertado nas UBS's com as atribuições da lei do SUS definida pelo Ministério da Saúde, quando, a todo instante, os princípios como equidade, integralidade e acessibilidade são violados, além de se observar empiricamente, a todo tempo, invasivas ações efetuadas pelos profissionais nas UBS's se contrapondo às diretrizes de operação do pacto pela vida, que sublinha a necessidade urgente de regulação da saúde mental em conformidade com a Portaria GM/MS nº 399/06, nas UBS's.

Tendo como base a disposição da realidade atual que o serviço de saúde mental oferece na Atenção Básica no município de Aracruz e que a saúde pública se faz com famílias, comunidades, grupos, demandas grandes, porém ordenadas e sob cumprimento de leis, faz-se necessário questionar a princípio, se a prática exercida pelos profissionais da atenção primária em saúde mental é feita de forma ordenada controlada, planejada, instrumentalizada, ou seja, em consonância com as leis e diretrizes exigidas pelo SUS, a fim de garantir o acesso bem como a permanência necessária dos pacientes da saúde mental nos três níveis da saúde de acordo com a demanda do mesmo?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo geral

Analisar a percepção dos profissionais da atenção primária em saúde mental, sobre as práticas psicológicas executadas no programa de saúde das famílias nas UBS's do município de Aracruz - ES.

1.3.2 Objetivos específicos

Refletir os principais aspectos da política pública de saúde no contexto brasileiro destacando suas características históricas, mudanças e regulação do SUS e, conseqüentemente, acessibilidade aos serviços;

Dialogar e verificar se as políticas de saúde mental no contexto público estão sendo executadas, quando no atendimento de usuários de saúde mental à partir da assistência prestada no âmbito do Programa de Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde.

Discutir sobre a importância de mecanismos e instrumentos regulatórios para que o serviço de saúde mental na atenção primária seja executado com excelência nas UBS's de Aracruz - ES.

1.4 DELIMITAÇÕES DA PESQUISA

A regulação do acesso é um tema que abrange várias esferas sociais, fez-se necessário definir, portanto, o campo onde esse estudo teve seu foco determinante. Em seguida, em conformidade com os objetivos que se desejou atingir com a pesquisa delimitou-se a mesma apenas na atenção primária do SUS da cidade de Aracruz - ES. Sendo que o grupo de profissionais que lá trabalham e que participaram da pesquisa, tem níveis de estudo tanto superior como médio e médio incompleto como: médicos, psicólogos, enfermeiros, agentes comunitários e outros.

1.5 JUSTIFICATIVA

A proposta da pesquisa encontra-se relevante quanto aos seus aspectos sociais, científicos e profissionais, pois a atenção primária sendo a porta de entrada de qualquer usuário na rede de sistemas em saúde pública é, conseqüentemente, um espaço precioso à produção de cuidado e de assistência.

Ao que tange a atenção à saúde mental na atenção primária, se estreitam ainda mais os laços: porta de entrada e acolhimento que o usuário receberá ao “tocar” a campainha. Se este acolhimento ocorrer de forma errada, ou até não ocorrer, por falhas nos sistemas regulatórios, a exclusão do usuário de saúde mental do sistema do SUS será irreversível e pode vir a ser catastrófico para toda a família e comunidade envolvida.

Na maioria dos municípios que não existem CAP'S, a atenção primária é o socorro dos pacientes com problemas psíquicos e se for bem trabalhado, pode vir a ser o único “salvamento” necessário ao usuário para que este retome sua estabilidade e/ou qualidade de vida sem precisar se fragmentar quanto a sua identidade comunitária, indo parar em universos bem diferentes de sua realidade, o que causa desintegração com o meio e a probabilidade que o desequilíbrio emocional se torne ainda maior.

Contudo, se o caso clínico exigir à necessidade de se ampliar para outros níveis de atenção, a saúde primária deve estar preparada e instrumentalizada para direcionar o mesmo através de todas as redes de atenção, sem jamais interromper o ciclo da integralidade e a longitudinalidade, características estas que a atenção primária passa a ter com a responsabilidade garantida em lei ao usuário, a partir do momento que ele adentre à porta das UBS's.

Logo, fez-se necessário este estudo a fim de descrever sobre o importante papel das políticas públicas que não só ensina como também direciona a linha a ser seguida na atenção primária e pelos seus profissionais, indo da organização à coleta de dados, informação, coordenação e outros. É necessário que se faça, cada vez

mais, ações eficientes e com excelência em saúde, a fim de melhorar o retrato da saúde mental no município de Aracruz - ES.

O saber em saúde mental é um dos primeiros quesitos necessários ao profissional que trabalha na atenção primária ao receber um paciente desta categoria, porque é através deste saber que vai ser oferecido ao paciente, a escuta, o acolhimento, o encaminhamento, enfim, o tratamento necessário e indicado para ele.

As modalidades que se apresentaram na atenção primária para a saúde mental indicaram características de resolução biomédicas, individuais como também de olhar indicativo somente para a “psiquiatrização”, ou seja, tratamento individualizado e através de muitas medicações como também repetições intermináveis de receitas sem reavaliações dos casos.

A atenção primária pode contribuir grandiosamente para a eficácia, acessibilidade, integralidade do usuário de saúde mental ao sistema desde que apresente instrumentos e ações efetivos, abrangendo a coletividade e não a individualidade. Contudo, em Aracruz, observou-se poucos profissionais de psicologia atuando nas UBS's e, por isso, necessitavam trabalhar em mais de 3 postos de saúde semanalmente, cada um deles, e atendiam um número pequeno de pacientes, pois o olhar era cego à coletividade.

A dissertação foi desenvolvida em 5 capítulos. No Capítulo 1 apresentou-se a introdução do tema, problema, objetivos, delimitação da pesquisa e a justificativa. Já no Capítulo 2 descreveu-se sobre as Políticas de Saúde pública no Brasil. A abordagem foca questões relacionadas à Saúde Pública no contexto brasileiro, gestão e acessibilidade aos serviços de saúde, aspectos gerais da doença e saúde mental, assistência pública ao doente mental e atendimento ao paciente com transtorno mental no Centro de Atenção Psicossocial e regulação em saúde no SUS. Também é discorrido sobre a reforma psiquiátrica no Brasil e a garantia legal de assistência, de internação e reintegração social do doente mental. Sobre a porta de entrada do paciente à rede de atenção, discorreu-se sobre Atenção Primária à Saúde. Seu conceito, histórico e contextualização de seus serviços. Em outro ponto ainda tão importante, reflete sobre regulação em saúde, conceitos e teorias e a

macrofunção dos sistemas de serviço da saúde a regulação do SUS, bem como enfatiza o Programa de Saúde da Família e a importância da capacitação profissional para atender a demanda.

A partir do capítulo 3, foi delineada a metodologia utilizada para o desenvolvimento desse estudo, indicando os tipos de pesquisa, método de abordagem, coleta e tratamento de dados, além do universo e amostra, tudo isso com o objetivo de analisar em várias facetas, como se processa o acesso ao serviço mental pela Atenção Primária em Aracruz - ES.

No capítulo 4, apresentou-se a caracterização do ambiente e da amostra, resultado da pesquisa e os resultados finais com a finalidade de delinear o que se apurou através de uma análise científica, gerada através de dados empíricos e formais de forma quantitativa.

O último capítulo destinou-se às considerações e recomendações finais para futuros estudos, visto que é necessário em toda pesquisa científica uma revisão crítica acerca do tema colocado em questionamento.

2 POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: TECENDO UMA REDE DE CONHECIMENTO

Para cuidar dos problemas relacionados à doença mental, o Brasil adotou nos anos de 1970, o modelo hospitalocêntrico (os hospitais que cuidavam de pessoas que sofriam de problemas psíquicos), isso gerava uma alienação do indivíduo, pois o afastava e o excluía da sociedade. Logo, a pessoa que apresentasse transtorno psíquico também tinha sua forma física e social afetada perdendo sua identidade com o meio em que vivia, haja vista que o afastamento social era o tratamento indicado.

Essa realidade despertou o olhar social da população crítico-científica que levou a uma proposta de Reforma Psiquiátrica e conseqüentemente, em uma Política da Saúde Pública. Em 1987 na I Conferência de Saúde Mental teve início um ensaio em que o serviço extra-hospitalar e o meio social seriam a melhor medida para o tratamento do paciente com transtornos psíquicos (SESA, 2008).

A proposta de assistência mental esperou por mais de dez anos para ser aprovada no Congresso Nacional. Em 06 de Abril de 2001 foi sancionada a Lei nº 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, leia-se extra hospitalar.

A partir deste redirecionamento, o tratamento dos pacientes passaria a ser de base comunitária como se pode observar no Artigo 2º parágrafo único - inciso IX (ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental). Através da promulgação da lei 2016 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental foram pactuados democraticamente, os princípios, diretrizes e estratégias para a mudança da Atenção em Saúde Mental no Brasil.

O fundamento da lei acima visa à proximidade com as famílias e comunidades, bem como vislumbra, também, que o serviço de Atenção Básica à Saúde nas comunidades seja o recurso estratégico para o enfrentamento de muitos dos

problemas de saúde pública, como por exemplo, o transtorno mental (BRASIL, 2005).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde trabalha ativamente nas políticas de expansão, na formulação e avaliação da Atenção Básica, em diretrizes que incluem a atenção global dos usuários e os problemas mais frequentes de saúde mental, haja vista que grande parte das pessoas com transtornos mentais leves ou severos é atendida em seus municípios por equipes de Atenção Básica (CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2008).

As ações imediatas são mecanismos interpostos entre a unidade e o usuário. É a porta para garantir oportunamente, o acesso, ou seja, atender o usuário na hora certa, no lugar certo, de forma qualificada e humanizada. Para que isto ocorra, é necessário regular o acesso. Regular em saúde pública significa muito mais que simplesmente controlar (sinônimo mais mercadológico), visto que o termo saúde pública está diretamente ligado às políticas públicas. Regular está relacionado às ações das mais simples as mais complexas, isto significa ações de gestão, controle, assistência, organização, entre outras, (BRASIL, 2008). Pois, o Estado tem o papel tanto de proprietário do sistema de saúde, quanto o dever de controlá-lo como também a responsabilidade de gerir (gestão) seu desenvolvimento.

Para se regular o acesso à assistência em saúde pública é preciso organizar, controlar, priorizar o acesso e os fluxos de atenção à saúde, como dispõe o art. 2º da Portaria GM/MS 1559/28 (BRASIL 2008).

Para Magda Dimenstein e outros (2015) considera-se, pois, que a articulação entre saúde mental e atenção básica se impõe como algo inadiável para os atuais gestores em saúde. Organizar a atenção à saúde mental em rede é uma prioridade no sentido de se produzir cuidado integral, contínuo e de qualidade ao portador de transtorno mental.

Um dos bens mais importantes do ser humano é a vida que mantém com a saúde. Por sua vez, a saúde precisa de cuidados e atenção. O cuidado, a preservação e a prevenção da saúde é um serviço que requer a assistência de profissionais

habilitados, qualificados e com significativo grau de conhecimento. Neste caso em particular, diga-se conhecimento em saúde pública.

De acordo com R. B. Ceccim e L. C. M. Feuerwerker (2004), as instituições sem infraestrutura organizacional para atender a demanda e profissionais sem qualificação para prestar assistência ao usuário, principalmente do serviço público de saúde pode ser um grave problema social, um entrave à qualidade de vida. A organização dos serviços de saúde é fundamental para atender às necessidades dos pacientes, e a formação profissional nesta área ocorre em quatro pilares, a saber, o ensino, a gestão, a atenção e o **controle social** (grifo meu). Logo, neste tipo de abordagem devem estar inclusos desde os aspectos éticos, até os organizacionais que representam a potencialidade para o bom desempenho em saúde pública.

No Brasil, a gestão dos serviços públicos de saúde é responsabilidade do Sistema Único de Saúde que, nas últimas décadas, passou por mudanças estruturais para se adequar à modernização e para a reestruturação dos setores produtivos. Para efetivar a implantação do SUS, a Lei Orgânica de Saúde nº. 8.080/1990 detalhou os princípios e diretrizes do sistema, estabeleceu a organização básica das ações e serviços de saúde quanto à direção, gestão, competências e atribuições de cada esfera do governo.

Ainda priorizou a participação da comunidade na gestão do sistema. De acordo com A. I. Carvalho (2001), na evolução de estratégias para mudanças na política de saúde do país ocorreu a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), um projeto formalizado através de Portaria, em conjunto com os Ministérios de Saúde, da Previdência Social e da Educação e Cultura, com a finalidade de reorganização institucional da assistência à saúde.

M. Arretche (2005) informa que ainda há muitos problemas a serem solucionados, como por exemplo, a centralização dos serviços. Buscando alternativas, o SUS passou a trabalhar com o sistema de Atenção Básica centrado nas necessidades dos diversos grupos populacionais conforme demanda a nova organização de trabalho e a Portaria Ministerial nº. 648/2006 que consolidou em seus princípios

gerais, a ESF como responsável pela reorganização da atenção básica no país. A efetivação da descentralização gestonária.

Essa nova proposta organizacional e de trabalho para a saúde está condicionada aos seguintes fatores de ordem: **estrutural**: capacidade de gasto ou capacitação político-administrativa, que incide à descentralização; **institucional**: o peso das instituições envolvidas nas políticas e programas, levando em conta as políticas prévias, regras constitucionais normatizadoras e a engenharia operacional; **ação política**: envolvendo as relações entre os vários níveis de governo e as relações entre Estado e sociedade, mas um fato é inquestionável em todo esse processo: o gasto com a saúde pública no Brasil é significativo, mas não reflete na qualidade dos serviços, haja vista a demanda existente e, também, os problemas estruturais ainda predominantes (ARRETCHE, 2005).

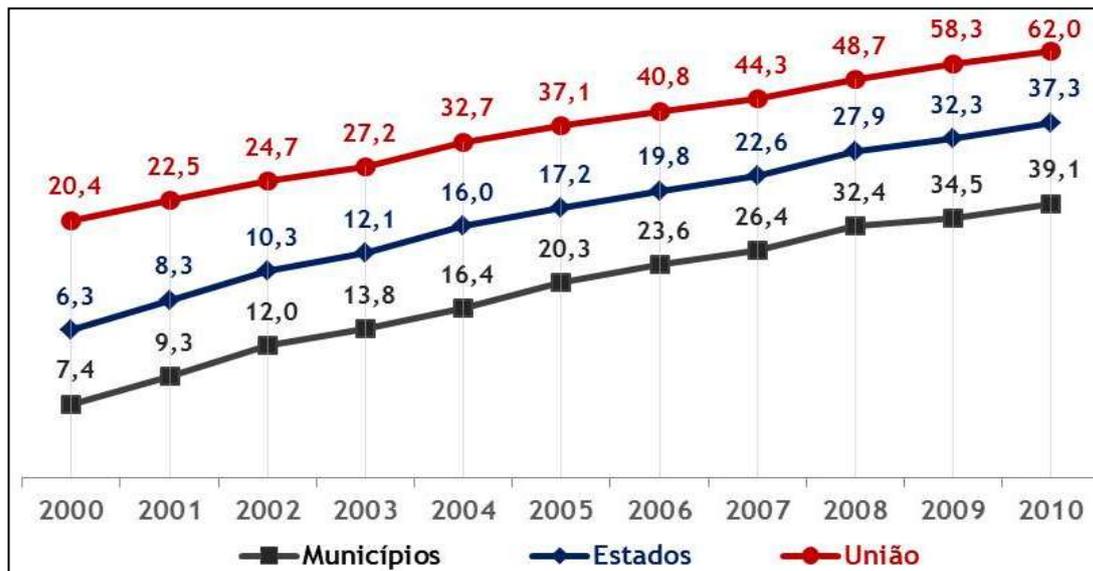


Figura 1 - Gasto público com a saúde no Brasil.
Fonte: Brasil (2010).

Os dados da Figura 1 mostram o gasto brasileiro com a saúde pública, custos por Municípios, Estados e pela União que é responsável pelo maior percentual, ou seja, 62% somente em 2010, um crescimento gradual e quase constante (percentual aproximado de 2% ao ano) a partir de 2000, quando registrou uma despesa de 20,4%. Aos Municípios coube o gasto de 39,1% em 2010 e de 7,4% em 2000. Os estados brasileiros gastaram 37,3% com a saúde pública em 2010 e 6,3% em 2000.

Os gastos municipais com a saúde foram maiores do que os estaduais como se observa na figura 1.

Reorganizar o SUS e impor um novo modelo de gestão na saúde pública através das UBS's, sendo esta a principal proposta do PSF, é uma ação estratégica do Governo Federal voltada para as populações mais pobres da sociedade brasileira. Com esta proposta, o ponto central é humanizar o atendimento, resolver os problemas de saúde e analisar e avaliar dos dados de referência necessários para garantir a continuidade do atendimento (CARVALHO, 2001).

Com gastos elevados com a saúde nas esferas Municipal, Estadual e da União, o usuário fica um pouco confuso se levar em conta, a questão da acessibilidade aos serviços, pois ainda constitui um problema de gestão administrativa em todas as esferas.

2.1 GESTÃO E ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Uma das características dos serviços de saúde no Brasil é o caos no atendimento, com hospitais superlotados, profissionais desqualificados, demanda elevada, falta de eficácia, dificuldade de acesso; inclusive, alguns usuários chegam às unidades de saúde, outros morrem em frente aos hospitais devido a falta de atendimento. Um dos principais obstáculos do acesso aos serviços públicos de saúde é a estruturação do sistema de marcação e agendamento de consulta por telefone e a prestação de serviços especializados (as chamadas especialidades médicas). Nesse contexto, ainda é a falta de ações direcionadas ao acolhimento à demanda espontânea e lista de espera nas UBS's (quando existem), o que causa e mantém um dos mais antigos problemas: as filas e o longo tempo para a consulta e/ou realização de exames (CUNHA; SILVA, 2010).

Um dos maiores desafios da saúde pública brasileira é o acesso a esses serviços. A análise da relação entre trabalho e subjetividade na perspectiva da teoria psicodinâmica do trabalho destaca a existência da vetorização dupla: 'eficácia e qualidade do trabalho; objetivo social', questões discutidas na sociedade contemporânea. Quando associadas à saúde pública brasileira – eficácia e

qualidade – se tornam mais um dos desafios a serem vencidos, levando em conta os problemas, especificidades que caracterizam o setor (VIACAVA et al., 2002).

O serviço de saúde brasileiro é complexo, classificado como sem qualidade e sem estrutura para atender a demanda. Uma pesquisa realizada por Pineault, nos anos de 1980, apontou alguns fatores determinantes que levam à busca pelos serviços de saúde: necessidade de atendimento, o tipo de usuário, os prestadores de serviços, organização, o tipo de serviço, que ainda hoje caracterizam a procura pelos serviços públicos de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Esses determinantes retratam a realidade brasileira: o usuário só procura o SUS quando necessita e a maioria somente em casos graves, a impossibilidade de pagar um plano de saúde privado, as condições socioeconômicas. O problema é que, quando precisa, o usuário, muitas vezes, peregrina pelas instituições de saúde em busca de socorro. Corroborando com esse pensamento, estudos brasileiros destacam que as instituições de saúde apresentam problemas gerenciais complexos e que na perspectiva dos sistemas de avaliação e de incentivos, desempenham papéis essenciais (MARINHO, 2001).

Assim, é possível destacar que o acesso ao serviço público de saúde, em termos de instituições disponibilizadas ao usuário é realidade, mas quando se trata da eficácia desse serviço, a realidade é bem diferente. Independente do quadro e da falta de estrutura física e de recursos humanos há indicadores que classificam o desempenho dos hospitais públicos. Problemas gerenciais clássicos afetam os hospitais brasileiros – da gestão à qualificação profissional, passando pela infraestrutura deficitária – e para monitorar esse processo e avaliar o desempenho, as instituições de saúde devem recorrer à análise de desempenho para, então, disponibilizar dados que permitem comparar a eficiência dessas unidades a partir de bancos de dados de abrangência nacional (LOBO et al., 2006).

As unidades básicas de saúde, assim como os hospitais também são instituições disponibilizadas para o usuário, e passam pelos mesmos problemas acima citados, e por se tratar de unidades menores, o monitoramento acaba por ter déficit de

instrumentos e mecanismos regulatórios preconizados e detalhados pelas esferas legislativas vigentes.

Ninguém busca atendimento de saúde se estiver com a condição física e mental saudável, a não ser em caso de exames de rotina que fazem parte de um processo preventivo, que deveria ser a saúde em excelência. Um dos elementos dos serviços de saúde é o acesso, uma referência à entrada e à continuidade do tratamento, ou seja, entrada e recebimento de cuidados.

A produção de serviços para atender a demanda, é o que caracteriza o acesso aos serviços de saúde, logo se percebe que o brasileiro se depara com inúmeras e diversificadas dificuldades em acessar esses serviços, levando em conta que suas necessidades de cuidados e assistência à saúde não são atendidas e ficam abaixo das expectativas. O SUS não apresenta disponibilidade de recursos financeiros e nem profissionais que qualificam e identificam a acessibilidade de potenciais usuários (VIACAVA et al., 2002).

Tem outra questão importante relacionada ao serviço público de saúde. Estamos falando da avaliação de desempenho dos hospitais. Este processo indica a qualidade dos serviços prestados, uma referência para o cidadão e o usuário. A avaliação de desempenho ganha uma importância cada vez maior pelo fato de poder diagnosticar o desempenho, o coletar dos dados e informações sobre o desempenho dos empregados, pode direcionar ações e políticas no sentido de melhorar o desempenho organizacional, por intermédio de programas de melhoria do desempenho individual e grupal dos funcionários (GIL, 2001).

Logo, isso leva a saber, onde o usuário está encontrando melhor atendimento de suas necessidades, quando e por quê ele vai ao hospital. Ou seja, as avaliações nos dão resultados de que tipos de ações estão ou não, sendo resolutivas nos lugares e instituições corretas. Se o usuário está indo ao SUS por questões de saúde que poderiam ser resolutivas nas UBS"s. Isso se torna imediatamente um apontador de eficácia do sistema.

A mensuração das dimensões da assistência hospitalar de acordo com M. F. Noronha (2001, p. 5) exige o conhecimento dos “indicadores mínimos aceitáveis de instalações, equipamentos, organização administrativa, qualificações profissionais e avaliações qualitativas da assistência proporcionada, análise dos erros diagnósticos [...]” e, além disto, permite mensurar essas informações e apontar o desempenho hospitalar que são os percentuais de mortalidade, complicações, extirpação de tecidos normais em cirurgias, frequência de interconsultas, de cesáreas, avaliação do desempenho dos programas implantados.

Segundo H. M. Magalhães Júnior (2004), a avaliação de desempenho é uma das necessidades das instituições hospitalares em função da complexidade dos serviços e assistência hospitalar que funcionam bem porque os indicadores dessa avaliação apontam os caminhos para o acompanhamento de processos e dos resultados alcançados e a serem alcançados. Um problema a ser solucionado é a modelagem dos sistemas de informações hospitalares que definem a forma de medir os produtos e os identificam através dos seguintes aspectos: uso de medidas sumárias da atividade hospitalar para comparação com o estado de saúde da população de referência e o uso de medidas dos produtos intermediários – pacientes/dia, óbitos, altas – ou seja, considerados produtos finais quando a questão é analisar custos, produtividade e eficiência de hospitais.

Conforme asseveram A. M. Malik, J. P. Teles e A. Marinho, o Programa de Controle de Qualidade do Atendimento Médico-Hospitalar (CQH) é o instrumento utilizado para coletar os indicadores de produtividade, financeiros e de recursos humanos de vários hospitais da rede pública e privada, no entanto, somente 20% deles apresentam iniciativas consistentes de melhoria da qualidade. O serviço público de saúde nas áreas de média ou alta complexidade é competência dos Estados e para melhor gerenciamento da assistência constitui um trabalho regional e caracterizado pela hierarquização das ações. Quando se trata de eficácia e desempenho do setor de saúde, estudos e pesquisas preconizam a necessidade de metodologias levando em conta ser uma área complexa, o que eleva o grau de necessidade de medidas voltadas para essa finalidade.

Nessa perspectiva é importante discutir a questão da regulação em saúde, destacando seus conceitos e teorias, lembrando que esta acrescenta características próprias aos setores regulados devido as diferentes formas de aplicação.

2.2 REGULAÇÃO EM SAÚDE: CONCEITOS E TEORIAS

Quando se trata de conceituar a regulação em saúde é necessário que se tenha uma visão ampliada, pois vai além da simples tarefa de controle, é necessário o entendimento de políticas públicas associada à necessidade do individuo enquanto paciente. O termo regulação relacionado à saúde ultrapassa o sentido de apenas controle de mercado. Ele é ampliado, pois está relacionado à função designada pelos sistemas de saúde em geral, neste sentido, o Estado tem uma dualidade, pois é tanto proprietário, quanto gestor (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2005, p. 22).

Segundo Spink (2001), a ideia de regular deve ser entendida como um controle do Estado sobre o Estado e também, do Estado sobre os prestadores privados de atividades que, anteriormente, eram da sua competência. O autor ainda ressalta que essa reordenação leva às condições de criar mecanismos regulatórios para garantir tanto a coerência das orientações das políticas públicas quanto uma administração que atenda às expectativas do público usuário do serviço regulado.

Em um sentido mais amplo, o termo regulação tem sido utilizado mais do que a mera regulamentação dos mercados, relacionando a uma função desempenhada pelos sistemas de saúde em geral, “inclusive naqueles denominados de integrado-públicos, nos quais o Estado é tanto o proprietário quanto o gestor, e o sistema público é responsável pelo financiamento e pela produção da assistência” (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2005, p.12). No entanto, nem assim alcança o seu sentido mais pleno.

Para Magalhães Junior (2002) devido à generalização, o conceito é relativo a várias posições e vai das mais simples operações até a mais complexas em se tratando de saúde, conceituando como macro e micro regulação.

Quanto à primeira é reguladora no sentido de gestão, colocando as regras, enquanto a segunda se incube de dar significado a elas. Logo, é através da Portaria GM/MS 399/2006 que determina as diretrizes de operação pelo Pacto da Vida, sendo notável, a necessidade de regulação da saúde.

A Regulação da Atenção à Saúde tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais de atenção à saúde, dirigida aos prestadores de serviços de saúde públicos e privados. As ações da Regulação da Atenção à Saúde compreendem:

A Contratação, a Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial, o Controle Assistencial, a Avaliação da Atenção à Saúde, a Auditoria Assistencial e as regulamentações da Vigilância Epidemiológica e Sanitária (BRASIL, 2006, p. 8).

Para a regulação em saúde foi criada a Portaria GM/MS 1559/2008 (BRASIL 2008), que em seu artigo 2º, apresenta três áreas de enfoques necessários: art. 2º. As ações de que trata a Política Nacional de Regulação do SUS estão organizadas em três dimensões de atuação, entre si, como mostra a Tabela 1.

TABELA 1 – DIMENSÕES DA POLÍTICA NACIONAL DE REGULAÇÃO DO SUS	
Dimensões	Características
Primeira: Regulação de Sistemas de Saúde	Seu objetivo são os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macro diretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas.
Segunda: Regulação da Atenção à Saúde	É exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde; tem como objetivo, garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS.
Terceira: Regulação do Acesso à Assistência	Chamada também de Regulação do Acesso ou Regulação Assistencial tem como objetivos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

Fonte: Portaria 1559/08 (BRASIL, 2008).

No campo da economia em saúde encontramos algumas considerações notórias sobre a regulação que é desempenhada nos sistemas nacionais de saúde. Esses artifícios tentam buscar um equilíbrio entre a procura e a oferta (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2005, p. 22) “em outros termos, a regulação engloba a definição de todas as regras de funcionamento do sistema de saúde”.

Segundo estudos de D’Intignano e Ulman (2001, p. 23) três objetivos são desejáveis pelas políticas de saúde: realismo macroeconômico, eficiência microeconômica e equidade social (apud FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2005) e as características podem ser observadas na Tabela 2.

TABELA 2 – OBJETIVOS DESEJÁVEIS PELAS POLÍTICAS DE SAÚDE

Objetivo	Características
Realismo macroeconômico	Impõe a cobertura de despesas pelas receitas e um sistema que não prejudique o emprego e a produção.
Eficiência microeconômica	Exige um nível satisfatório de prestação de serviços, um sistema com bom desempenho, produtividade das estruturas de prestação de serviços e eliminação de desperdícios.
Equidade social	Deve se traduzir no acesso aos cuidados e a uma repartição geográfica equitativa dos meios.

Fonte: D’Intignano; Ulman (apud FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2005).

Os objetivos descritos na Tabela 2 mostram os principais objetivos que devem compor as políticas de saúde de modo a atender a demanda.

2.2.1 A regulação do Sistema Único de Saúde

O SUS é um sistema que visa se antecipar aos problemas de saúde e tentar solucioná-los o mais rápido possível e da melhor forma para a sociedade. Nesse âmbito, ganha sentido a criação da UBS, pois através dela ao invés do indivíduo se deslocar até um posto de saúde como era antes, a única opção, agora uma equipe de profissionais da saúde se dirige até ele com a proposta, às vezes, de prevenção (BRASIL, 2009).

Para obter alguma legitimidade em meio à modernização econômica excludente e a uma ação repressiva brutal, os governos militares implantaram medidas direcionadas à população trabalhadora. Desde meados dos anos 1960, em relação ao sistema previdenciário, os institutos de previdência foram centralizados pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS); estabeleceram convênios entre empresas e o INPS para atendimento ao trabalhador nos locais de trabalho; e a previdência foi estendida a várias categorias rurais não incorporadas ao sistema, embora mantendo restrições para vários desses segmentos (CARVALHO, 2001).

A centralização do sistema prosseguiu ao longo dos anos 1970, com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS); do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas); do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS); e do Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS). Na esfera das políticas de saúde, o referencial da medicina comunitária se materializava em programas de extensão da cobertura de ações básicas, direcionados à população excluída do sistema previdenciário.

Embora houvesse sido implantada uma experiência como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1976, as práticas se revelaram difíceis, limitando-se a uma atenção primária seletiva para as populações marginalizadas de regiões marginalizadas, tolhida de maior amplitude pela falta de recursos, pessoal qualificado e tecnologias mais sofisticadas (CARVALHO, 2001).

Na década de 1980, destaca Carvalho (2001), o INAMPS adotou medidas de aproximação de cobertura universal de clientela, excluindo a exigência da carteira de segurado do INAMPS para o atendimento nos hospitais próprios e conveniados da rede pública. Instituído pelo Decreto nº. 86.329/81, como órgão do Ministério da Previdência Social, o Conasp era de representação mista, não paritária, entre Estado e sociedade, com predominância desta última, embora com sub-representação da classe trabalhadora.

Deveria atuar na organização e aperfeiçoamento da assistência médica e na sugestão/elaboração de critérios para a racionalização dos recursos previdenciários

destinados à assistência (INAMPS). Em sua atuação, o Conasp tornou visíveis os projetos em disputa na área das políticas públicas de saúde: o conservador privatista (setor privado contratado); o modernizante privatista (interesses da medicina de grupo); o estatizante (técnicos ministeriais e da oposição); o liberal (técnicos e da medicina liberal). Segundo Carvalho (2001), predominou uma aliança entre o pensamento médico-liberal (situado no comando do INAMPS) e técnicos vinculados ao projeto contra-hegemônico (situado no aparelho previdenciário), com a derrota do segmento privado contratado.

De acordo com R. T. Onocko-Campos (2005), as ações do órgão combinaram uma lógica de modernização, controle e austeridade gerencial com a crítica ao modelo médico-assistencial privatista vigente, em algumas de suas relações: público-privado, ambulatório-hospital e prestadores-clientela. Propôs-se, como princípio estratégico, o gradualismo político (alcance gradual de metas) na mudança do sistema, sem afetar, de imediato, o setor privado e o centralismo, e com um esboço de participação social. Duas medidas do Conasp redirecionam o modelo assistencial no plano gerencial: a introdução da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e das Ações Integradas de Saúde (AIS), entre o Ministério da Previdência e Assistência Social, o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais de saúde, promovendo a transferência financeira do governo federal para os demais entes federativos, segundo o princípio de universalização do direito à saúde e de responsabilidade pública para garanti-lo.

Na evolução de estratégias para mudanças na política de saúde do país, de acordo com Onocko-Campos (2005), ocorreu a implantação das AIS, um projeto formalizado através de Portaria em conjunto com os Ministérios de Saúde da Previdência Social e da Educação e Cultura, com a finalidade de reorganização institucional da assistência à saúde.

A proposta das AIS de acordo com Carvalho (2001) e E. V. Mendes (1999) ganhou força e se tornou estratégica para o processo de descentralização. Entretanto, mesmo com resultados positivos, não conseguiu se firmar como uma política de mudanças do sistema de saúde e foi substituída pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), através do Decreto 94.657, de 20 de julho de

1987, implantado por meio da celebração de convênios entre governo federal e os estados. O SUDS intensificou as iniciativas de descentralização e universalização e preparou a introdução do SUS.

Devido a avanços no campo político-institucional, com as estratégias das AIS e a implantação do SUDS, foi criada uma ligação até a regulamentação do SUS, através de um trabalho político com legislativo na Assembleia Nacional Constituinte, o qual elaborava a nova Constituição do país. O controle social em saúde e o seu movimento de chegada pelo processo de Reforma Sanitária foram selecionados como eixos de análise, com destaque para alguns enfoques, como a descentralização e consolidação do SUS, possibilitando a materialização dos *corpora* de dados com os documentos de plenárias, conferências, leis e entrevistas com atores que foram protagonistas desse movimento (ONOCKO-CAMPOS, 2005).

Diante do movimento da implantação e implementação do SUS, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, como uma nova modalidade de prestação de assistência à saúde da população. Durante sua evolução demonstrou-se a necessidade da ampliação de competências para o atendimento das necessidades da família, o que resultou na criação do PSF em 1994. O PACS constitui-se numa estratégia de transição entre o sistema anterior tradicional de provisão de serviços de saúde e o PSF. Essas ações tinham como finalidade a reorganização das práticas de atenção primária, incorporada a experiência anterior do PACS recomendada através da Portaria Ministerial nº. 1.886/1997, que aprova as Normas e Diretrizes do PACS e PSF. O PACS é considerado como a primeira etapa de implementação do PSF (CARVALHO, 2001).

No caso específico das políticas de saúde no Brasil, a descentralização de sua gestão, nas últimas três décadas, esteve sob o influxo destes fatores, mas talvez o mais ponderável para o seu avanço tenha sido o aprofundamento das relações entre Estado e sociedade e entre os entes federativos, mediante um intenso processo participativo que se materializou na criação de canais de defesa de interesses, debates, conflitos, consensos e pactuação. Neste contexto, os conselhos de saúde, estruturados nos três níveis de governo e o movimento pela saúde conseguem

construir uma teia de forças com os conselhos dos gestores estaduais e municipais de saúde – Conass e Conasems (ONOCKO-CAMPOS, 2005).

A descentralização, na mobilização e organização dos conselhos, significa não só a consideração da diversidade regional e municipal, mas a articulação de políticas integradas nacionalmente pelo Conselho Nacional de Saúde, a partir das formulações negociadas pelos movimentos e não só pelos técnicos, políticos ou burocratas. O movimento social unificado consegue fazer a mediação entre o local (municipal/regional), o estadual e o nacional, como o tem manifestado as normas operacionais aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, que se constituem em verdadeiros pactos federativos.

No entanto, como toda a questão de saúde pública, o SUS também tem seus percalços. Como ponto de partida, cabe ressaltar que a polissemia conceitual observada de forma genérica, em alguma medida também pode ser identificada no âmbito do SUS, onde o conceito de regulação tem se apresentado de forma abrangente, sendo utilizado de forma articulada com controle, avaliação, planejamento e, de certa forma, se confundindo com a gestão (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2005 p. 66).

Para o Governo Federal, o SUS já é uma realidade onde a população exerce sua posição como coparticipante. É bem verdade que o SUS, como não poderia deixar de ser, está em constante processo de aperfeiçoamento. A promoção da saúde à população estará sofrendo sempre transformações, pois como as sociedades são dinâmicas, a cada dia surgem novas tecnologias que devem ser utilizadas para a melhoria dos serviços e das ações de saúde. Além disso, temos também como condição essencial para um melhor funcionamento do SUS, a participação e mobilização social em seus trabalhos. Podemos dizer que a sua participação é a alma do SUS (BRASIL, 2009, p. 2).

Para o aperfeiçoamento da gestão do SUS existe a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS). É ela que define a hierarquia dentro dos governos quando novos projetos são postos em prática. Um exemplo disso é a

criação do Serviço de Atenção Básica à Família (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2005).

2.2.1.1 A regulação como macrofunção dos sistemas de serviço da saúde

A regulação como macrofunção é de grande importância para os governos, geralmente ela é iniciada pelas gestões local, regional, estadual e nacional ou por uma agência reguladora. Para os gestores que querem prover as ações e serviços de forma mais eficiente e efetiva e disponibilizar serviços com custos adequados, os instrumentos e ferramentas da regulação sem dúvida podem contribuir para melhorar os resultados do setor (CONASS, 2007).

Esta função é orientada por leis, decretos e protocolos que podem ser questionados judicialmente. Essas ferramentas são usadas em uma variedade de estratégias “governamentais para induzir ou conter determinada ação. Além desses instrumentos e estratégias, são necessários à implementação de mecanismos que requerem capacidade de gerenciamento e equipe capacitada” (CONASS, 2007, p. 26).

Há duas diferenças entre conceitos de sistemas de serviços de saúde e de sistemas de saúde como destaca Mendes (2002):

- No primeiro caso, significa respostas sociais, de forma organizada e serve a atender aos anseios e necessidades da sociedade em um determinado tempo.
- No segundo, observa-se mais do que um simples sistema de serviços de saúde, trata-se de uma resposta aos anseios coletivos de uma população.

Os sistemas de saúde têm como objetivos: alcançar um nível ótimo de saúde, a garantia de uma proteção adequada dos riscos para todos os cidadãos; o acolhimento dos cidadãos; a efetividade dos serviços de saúde; a eficiência dos serviços de saúde. Nesse sentido, a razão da existência da regulação em saúde como macrofunção é a de conseguir um denominador comum dentro da estrutura (MENDES, 2002).

2.2.2 Programa de Saúde da Família (PSF): a marca da regulação e modernização do SUS

O Programa de Saúde da Família é resultado da ação do Ministério da Saúde, em 1991, em implementar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) visando combater os elevados índices de morbimortalidade materna e infantil na Região Nordeste do país.

Na avaliação de Faveret e Oliveira (1990), o PSF constitui uma alternativa para reorganização do modelo de atenção básica de saúde no Brasil, pautado no princípio da universalização excludente direcionado a grupos sociais carentes da população de modo a tornar o programa eficiente para efetivar o direito social à saúde.

De acordo com F. C. Teixeira, S. J. Paim, L.A. Vilas Boas (2000), o PSF com a proposta de reorientar e reestruturar o atendimento, prevenir doenças por meio de informações e de orientações de cuidados de saúde realizadas pelos agentes comunitários sob a supervisão do enfermeiro. O sistema nacional de saúde, especialmente no campo de atenção básica, precisa de diretrizes mais claras para superar os obstáculos operacionais e funcionais e buscar alternativas estratégicas para enfrentar os desafios que se apresentam.

Segundo A. I. Carvalho (2001), predominou uma aliança entre o pensamento médico-liberal (situado no comando do INAMPS) e técnicos vinculados ao projeto contra-hegemônico (situado no aparelho previdenciário), com a derrota do segmento privado contratado. As ações do órgão combinaram uma lógica de modernização, controle e austeridade gerencial com a crítica ao modelo médico-assistencial privatista vigente, em algumas de suas relações: público-privado, ambulatório-hospital e prestadores-clientela. Propôs-se, como princípio estratégico, o gradualismo político (alcance gradual de metas) na mudança do sistema, sem afetar, de imediato, o setor privado e o centralismo, e com um esboço de participação social.

Desde a criação do PSF, a família é o foco das ações de saúde e colocando fim à atenção destinada apenas ao indivíduo. Na concepção de M.I.S. Bravo e P.A.P. Pereira (2001) com o PSF enfatiza a responsabilidade do Estado para com a saúde de modo a assegurar ao cidadão carente, o mínimo necessário de assistência, levando-se em conta que as unidades do programa atuam com equipes multiprofissionais, compostas (um médico, uma enfermeira, um ou dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários).

Podemos destacar, dessa forma, que o PSF tem como ideal garantir a oferta de serviços de saúde à população carente e fortalecer os princípios da universalidade, acessibilidade, integralidade e equidade do SUS.

Segundo A. Cohn (1998, p. 30), a análise da política de saúde:

[...] exige que se considerem questões tais como a dimensão estrutural e conjuntural. Em se tratando da dimensão estrutural a relação ou articulação entre políticas econômicas e políticas sociais e o caráter redistributivo (ou não) que funda o perfil de cada política setorial de corte social e, por conseguinte, o seu conjunto.

Esse processo implica na avaliação e análise das ações e programas específicos de saúde. As questões conjunturais estão relacionadas à nova forma de intervenção do Estado por meio das Normas Operacionais Básicas (NOB), de competência do governo. As áreas de riscos são selecionadas a partir do Mapa da Fome, do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA), financiado através de convênio firmado entre Ministério da Saúde, estados e municípios, com exigências de contrapartidas e critérios de seleção de municípios (áreas citadas pelo Mapa da Fome) e deve obedecer aos seguintes fatores: interesse da comunidade, necessidades locais de saúde, oferta de serviços, estudo da demanda, existência de apoio diagnóstico terapêutico e disposição da administração municipal. O convênio assinado exige o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde e do Fundo Municipal de Saúde (COHEN, 1998; BRASIL, 1994).

O PSF, ao longo dos anos, está perdendo sua característica de programa e assume a função e o papel de (re) estruturador dos serviços, deixando evidente que se trata de um instrumento de (re) organização ou (re) estruturação do SUS e são inegáveis os avanços registrados na oferta de assistência em saúde, principalmente à

população mais carente que sempre esteve à margem das ações do Estado, sobretudo em se tratando de saúde pública (PATARRA, 1995).

A ação mais notável com este programa é a redução das desigualdades no acesso a esses serviços. Há críticas quanto a esses avanços citados se for levado em consideração que o PSF é direcionado às populações mais carentes, prestando assistência simplificada para os mais pobres, ou seja, aos menos exigentes. O programa está em expansão e de forma focalizada, à medida que são selecionadas, para sua implantação, áreas e populações de risco que podem corresponder até quase 80% da população de um município (MERHY; QUEIROZ, 1993).

Segundo L.H. Andrade, M.C. Viana, C.M. Silveira (1998), já a posição reformadora preconizava a constituição de uma rede básica de serviços públicos de saúde descentralizada e universalizada, ou seja, que atendesse a população coberta ou não pela previdência social. A Reforma Sanitária significou uma derrota definitiva da proposta conservadora. Com a implementação do segundo, através da Constituição Federal de 1988, foram definidos o princípio do universalismo para as ações de saúde, a descentralização municipalizante e um novo formato organizativo para os serviços, sob a lógica da integralidade, da regionalização e da hierarquização. Além disso, as ações preventivas e curativas passaram a ser responsabilidade dos gestores públicos.

Paralelamente, o país atravessava um período de incerteza em sua política econômica: desajustes em suas finanças públicas, gasto público na área de saúde decrescente, declínio do crescimento populacional e taxas crescentes para o grupo de terceira idade, que exige ações sabidamente de maiores custos. É alta a prevalência de mortalidade por doenças infecciosas e o predomínio das doenças crônico-degenerativas, aumentando a morbidade.

Tais mudanças alteraram, significativamente, a demanda por serviços de saúde, e exigiram – e exigem – a adoção de novos tipos de ações, equipamentos e intervenções. Esse contexto, formado por múltiplos problemas, de diferentes ordens, incidiu de forma bastante aguda na demanda e na oferta de saúde, e passou a ser denominado, nos anos 1990, de crise da saúde. A história do PSF tem início quando

o MS formula o PACS, e a partir daí começou a focar na família como unidade de ação programática de saúde e não mais o indivíduo (VIANA et al., 1998).

No âmbito da saúde pública, a reorganização do SUS e imposição de um novo modelo de gestão na saúde através das Unidades Básicas de Saúde tem como um dos seus pontos centrais, humanizar o atendimento. Este processo de humanização no campo da saúde implica no profissional da saúde agir com ética, respeito e acolher o desconhecido, imprevisível, incontrolável, o diferente e singular, reconhecendo os seus limites, bem como se dispuser a uma abertura e o respeito ao próximo como um ser independente e digno (BARAÚNA, 2005).

No contexto brasileiro, a humanização dos profissionais de saúde é uma crescente, exigindo atenção em inúmeros aspectos. Portanto, humanizar os cuidados em saúde tem como pressuposto a essência do ser, respeito à individualidade e a necessidade da construção de um espaço concreto nas instituições de saúde que legitime o humano das pessoas envolvidas. É dar qualidade à relação profissional da saúde-paciente (PESSINI; BERTACHINI, 2004).

2.3 DOENÇA E SAÚDE MENTAL: UM OLHAR SOBRE A ASSISTÊNCIA PRESTADA PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Muito se fala da saúde mental no âmbito da assistência pública e o que se observa são críticas com teor negativo em relação ao serviço e atendimento prestados. Talvez as críticas negativas sejam em função das características da doença mental que é polissêmica, plural e complexa na perspectiva da condição mental individual e coletiva.

O caráter polissêmico, em diferentes estudos realizados, é destacado que a sua descrição parte exclusivamente de um modelo cujo prisma é a doença, referente à saúde “mental como estado sadio, normal, de bem-estar mental, sem possibilidades de haver desordem”, características que são os principais aspectos que diferenciam a saúde mental boa da doença mental ruim (ARANTES, 2003, p. 3).

Diferentes estudos mostram as relações dessas características associadas ao transtorno ou doença mental, como descrito na Tabela 3.

TABELA 3 – RELAÇÃO ENTRE AS CARACTERÍSTICAS DO TRANSTORNO MENTAL.

Tipo	Características
Ambiental	Quando em estado fetal há exposição a substâncias psicoativas, desnutrição, infecção, abandono, isolamento, trauma. O transtorno mental também pode ser decorrente do estresse, da ansiedade e da depressão (MARAGNO et al., 2008).
Sociais	Desencadeados pelo processo de urbanização, pobreza, conflitos, as guerras e a inquietação social influenciam no aumento da taxa de problemas de saúde mental (LUDERMIR, 2008).
Psicológicas	Podem ser originados, na infância, a partir da relação familiar com ausência de afeto, falta de atenção (RAMIRES et al., 2009).
Biológica	Está relacionada ao sistema nervoso central (MARAGNO et al., 2008).
Risco genético	Havendo essa predisposição, “o transtorno se manifesta apenas em pessoas sujeitas a certos estressores que podem desencadear a patologia” (MARAGNO et al., 2008, p. 3).

Fonte: Maragno et al., (2008); Ramires et al., (2009); Laudemir (2008).

A Tabela 3 mostra diferentes características associadas à doença mental ou transtornos mentais e isto nos leva a pensar acerca da prevalência entre as pessoas.

O ser humano, por vezes, questiona a sua capacidade mental. Essa ‘sensação’ é decorrente muitas vezes de uma situação destas citadas acima, mas nem por isso a pessoa é classificada como doente mental ou portadora de algum tipo de transtorno mental.

As doenças mentais então podem ser consideradas multifatoriais, sejam associadas a alterações biológicas como ambientais, psicológicas ou sociais. Há também características da etiologia do transtorno mental com vínculos a uma ou mais alterações dos mecanismos biológicos por doenças causadas no sistema nervoso central, ou seja, “alterações como no neurodesenvolvimento cerebral, alterações estruturais adquiridas, neuroquímicas e genéticas, ambientais, psicológicas e sociais” (CONCER, 2011, p. 16).

Segundo os autores A. L. A. Silva, R. M. G. S. da Fonseca, (2006), os transtornos mentais são mais comuns em pessoas inseridas na categoria de baixa renda ou agrupadas como usuários de álcool ou de algum tipo de substância (droga), que por

sinal é um dos fatores que mais contribui para a sua manifestação. Mas também as pessoas divorciadas, pai ou mãe solteira, aquelas que convivem com a questão do desemprego, aquelas sem abrigo.

Em uma análise bibliográfica em 37 produções científicas pesquisando questões relacionadas à assistência médica a doentes mentais apontou que a demanda é maior do que a oferta de serviços. A média estimada é de 32,2% (esquizofrenia e psicoses não afetivas), de 50% a 56% (transtornos depressivos e ansiedade) e 78,1% (abuso e dependência de álcool) e no caso de países em desenvolvimento devido a precariedade de pesquisas, os dados podem ser ainda mais elevados. Segundo estudos de D.M.I Goncalves e F. Kapczinski (2008, p. 3), um estudo de avaliação realizado pela *Global Disease Burden*, envolvendo 130 doenças prevalentes no mundo apontou o transtorno mental entre “as sete primeiras causas de anos vividos com incapacidade e a depressão maior é a primeira causa e os que transtornos neuropsiquiátricos respondem por 33% dos anos vividos com incapacidade”.

É alta a prevalência de transtornos mentais ao longo da trajetória de vida da pessoa e as estimativas variam de 12,2% a 48,6% e deste total, uma parcela significativa não é diagnosticada e, portanto, não é tratada, não recebe assistência. Entre os transtornos mentais, pesquisas estimam que 55% dos pacientes que apresentam depressão maior são atendidos pelos serviços de atendimento primário. Os principais motivos que levam ao não reconhecimento dos transtornos mentais “[...] é que a maioria desses pacientes, no ato da consulta, relata somente sintomas somáticos, o que torna difícil o reconhecimento dos sintomas pelo corpo médico em indicá-los como transtorno mental” (GONCALVES; KAPCZINSKI, 2008, p. 4).

Em se tratando dos fatores de riscos associados ao transtorno mental, embora as pesquisas acerca da epidemiologia dos transtornos mentais no Brasil não sejam numerosas, nos estudos realizados é perceptível à abordagem voltada para a incidência e prevalência de fatores de riscos (sexo, idade, raça/etnia, religião, situação conjugal, profissional e sociodemográfica). E ainda, acerca da comorbidade psiquiátrica e psiquiátrico-física no sexo masculino e feminino (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006).

Na literatura encontramos diversas concepções que tratam dos fatores de riscos associados ao transtorno mental:

a) idade: maior frequência é perceptível com o fim da puberdade e começo da fase adulta da vida da pessoa. Mas, na infância costumam aflorar alguns tipos específicos de fobia, por outro, os transtornos que surgem na adolescência são os afetivos ou aqueles que resultam do abuso de drogas. Da juventude até os 30 anos, os transtornos neuróticos podem surgir (RAMIRES et al., 2009);

b) raça/etnia: é na raça negra que está, segundo pesquisas, o foco dos transtornos mentais que decorrem do preconceito e discriminação racial (FONSECA, 2008);

c) religião e questões conjugais: uma pesquisa realizada por Soeiro (2006) apontou que pacientes evangélicos “internados por transtornos psiquiátricos evangélicos são diagnosticados mais frequentemente com psicoses e os jovens apresentam menor uso de álcool, drogas e menos sintomas psiquiátricos do que católicos e espíritas”. Viúvos e separados são vítimas mais fáceis dos transtornos mentais (SOEIRO et al., 2008, p. 6);

d) questões sociodemográficas: é consensual entre autores a associação entre transtornos mentais e as seguintes questões: econômica, educacional e social: baixa escolaridade, baixa renda, precárias condições de moradia, inserção produtiva, instabilidade financeira, falta de remuneração que são responsáveis pela perda do *status* e identidade social (FONSECA, 2008; LUDEMIR, 2008);

e) questões profissionais: o trabalho tem estreita relação com a saúde mental, pois se o profissional está bem, suas atividades laborais seguem o mesmo caminho. O mercado de trabalho formal ou informal são aspectos diferentes e um inquérito “epidemiológico realizado no Brasil apontou a associação entre a informalidade das relações de trabalho e a saúde mental das mulheres indicando a prevalência de 54,4% entre trabalhadoras e 45,2% entre as desempregadas” (LUDEMIR, 2008, p.10).

Considerados a partir de 1996, como um dos sérios problemas na esfera da saúde pública, os transtornos mentais ou psiquiátricos não constituem, no entanto, um tipo de doença rara, pelo contrário, são comuns e se manifestam em qualquer tipo de comunidade, em qualquer faixa etária, contudo suas consequências são graves e definitivas, fatores que tornam a demanda mais elevada. Mas, em se tratando de custos são bem representativos e elevados social e economicamente. Segundo E. G. Santos e M. M. Siqueira (2011, p. 2), na escala da “mortalidade os números não são relevantes, mas são expressivos quando relacionados à duração (por ser longa), gerar incapacidades e diminuir a qualidade de vida”.

Têm ainda, os principais aspectos dos transtornos psiquiátricos. O conceito apresentado na Convenção da Guatemala de 2001, internalizado à Constituição Brasileira pelo Decreto 3.956/2001, no art. 1º expressa que deficiência é “restrição física, intelectual, sensorial, permanente ou transitória, que limita a capacidade de exercer uma ou mais atividades essenciais da vida diária, causada ou agravada pelo ambiente econômico e social” (BRASIL, 2001).

Os transtornos mentais comuns e a incidência em homens e mulheres estão descritos na Tabela 4.

TABELA 4 – INCIDÊNCIAS DOS TRANSTORNOS MENTAIS

Tipo de TM	Incidência
Depressão	10%
Distúrbio de ansiedade generalizado	3,4%
Distúrbio do pânico	3,5%
Transtorno bipolar	1%.
Esquizofrenia	1%

Fonte: Brasil (2011).

Os transtornos mentais de acordo com a Classificação Internacional de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10) são doença de expressão psicológica relacionada a um tipo de comprometimento funcional decorrente da disfunção “biológica, social, psicológica, genética, física ou química, alterações de humor causado por angústia que prejudica o desempenho humano nos aspectos pessoal, social, ocupacional e familiar” (SANTOS; SIQUEIRA, 2011, p. 2).

O transtorno mental ou intelectual é tema de pesquisas e estudos voltados para o desenvolvimento, aprendizagem e inserção no mercado de trabalho, pois sabe-se que os indivíduos não formam um grupo homogêneo. Assim é importante ter clareza que são diferentes, em função disto é necessário atenção às singularidades de cada pessoa, bem como conhecer suas histórias de vida (OLIVEIRA, 2006).

No caso das comorbidades, em uma mesma pessoa pode ocorrer a manifestação de dois ou mais transtornos mentais, em especial nas pessoas com idade acima de 60 anos, estes estão mais propensos a aflorar, simultaneamente, problemas físicos e mentais, além disso, também é possível que indiquem a “persistência de alguns transtornos coexistentes como a depressão e ansiedade” (TENG; HUMES; DEMÉTRIO, 2005, p. 151).

O usuário de drogas é o sujeito com maior probabilidade de desenvolver algum tipo de transtorno mental, pois esta associação é bastante comum. O uso de álcool e o consumo de drogas são responsáveis, respectivamente, pelo atendimento nos serviços de saúde por cerca de, 30% e 90% de dependentes que apresentam comorbidades. Ocorrências importantes “repercutem na identificação, tratamento e reabilitação dos indivíduos, a incapacidade do portador e o encargo para as famílias crescem na mesma proporção” (WHO apud CONCER, 2011, p. 22).

O impacto social causado pelo transtorno mental atinge a família e o portador que é afetado pelos sintomas e pela exclusão, discriminação e preconceito decorrentes da doença. Para muitas famílias, esses indivíduos doentes, devido à debilidade também física e de suas capacidades limitadas acabam sendo um peso em se tratando de responsabilidade, cuidado e assistência, haja vista que são pessoas, conforme o tipo de transtorno, totalmente dependentes (FONSECA, 2008).

Os Transtornos Mentais (TM), de acordo com Chaimowicz (2015), são um dos graves problemas que afetam crianças, jovens, adultos e idosos por todo o mundo. Estudos epidemiológicos psiquiátricos indicam que uma parcela significativa da população será acometida por algum dos tipos de doenças psíquicas em algum momento de suas vidas.

Existem basicamente três tipos de transtornos mentais:

Psicótico que segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM, 2015), guia de diagnósticos utilizado amplamente nos EUA –, a psicose é considerada um sintoma de uma perturbação mental, mas não como uma doença em si mesma. De acordo com este mesmo manual, a psicose é dividida em dois tipos – funcional, como a esquizofrenia e as doenças afetivas e orgânicas, como resultado de uma demência ou de intoxicações.

No âmbito analítico, a perversão é uma das estruturas e, conseqüentemente, o transtorno, de maior dificuldade de entendimento, correspondendo assim, ao ato ou efeito de perverter, tornar-se perverso, corromper, desmoralizar, depravar, alterar. É um termo usado para designar o desvio, por parte de um indivíduo ou grupo, de qualquer dos comportamentos humanos considerados normais e/ou ortodoxos para um determinado grupo social. Logo podemos observar neste tipo de transtorno, alteração no bom gosto ou costumes saudáveis e também comportamentos mais excessivos ou estranhos ao costumeiro, alterando a ordem natural das coisas.

Entende-se como transtorno mental não psicótico os transtornos mentais neuróticos ou Transtornos Mentais Comuns (TMC). Esta expressão – TMC – foi criada por Goldberg e Huxley (1992) para caracterizar sintomas como a insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração, queixas somáticas depressão neurótica e outros, que designam situações de sofrimento mental. Pacientes com transtornos mentais comuns apresentam também taxas de mortalidade mais elevadas e prejuízos importantes na função social e física.

Tendo como objetivo padronizar a codificação de doenças e outros problemas relacionados à saúde, a Organização Mundial de Saúde, publica nomes e definição das mesmas através do livro chamado: Classificação Internacional de Doenças (CID 10) (OMS, 2015), e segundo essa classificação universal, o ser humano pode ser vítima de vários tipos de transtornos mentais, tanto psicótico, perverso como neurótico, exemplos: estresse, esquizofrenia, transtorno bipolar, psicopatia, perversão e perversão sexual, disfunções fisiológicas, somatizações, fatores físicos e neurológicos, fatores comportamentais, ambientais e outros.

Vale salientar ainda que o Brasil já está se tornando um país com uma quantidade de idosos relevantes e na população de idade avançada, “as patologias mentais constituem 52,2% de seus transtornos, significando um grave problema da saúde pública, visto que nossos idosos, em sua maioria, sofrem de baixa qualidade de vida e saúde” (MAIA; DURANTE; RAMOS, 2004, p. 2).

2.3.1 Saúde Mental

Há diferentes maneiras de definir saúde mental. Nos anos de 1940, o conceito da OMS dizia ser “um estado de bem-estar no qual o indivíduo percebe suas próprias capacidades, consegue enfrentar o estresse normal da vida, trabalha de forma produtiva e frutífera e é capaz de dar um contributo para a sua comunidade”, lembrando que a base dessa definição é o conceito de saúde que envolve bem-estar físico mental e social (STENGARD et al., 2008, p. 31).

Nesse contexto, o contrário de saúde mental é a loucura, insanidade, pois é assim que as pessoas acometidas por transtornos mentais são representadas: doentes mentais, loucas, instáveis. Essa condição proporciona à loucura um aspecto estratégico quando seu significado passa a representar erro, algo que não faz parte da ordem do sobrenatural, estranha à razão, uma desordem que decorre da falta de saúde mental. A loucura contradiz a razão e assim, ajuda na construção de um ser incapacitado para julgar, escolher, ser livre, haja vista que a liberdade está associada ao direito e poder de escolha e o doente mental não possui essas habilidades (AMARANTE, 2003).

As instituições denominadas asilo eram as casas adequadas para acolher o portador de doença mental, mas essa proposta chegou junto com a família real portuguesa, por volta de 1808, quando começaram a construção desses asilos que na realidade eram “depósitos de doentes, mendigos, delinquentes e criminosos, retirados da sociedade com a proposta de instaurar o processo de urbanização e de disciplinar a sociedade, para atender o desenvolvimento mercantil e as políticas do século XIX” (MESQUITA, 2008, p. 3). Loucura ou transtorno mental foram as denominações já creditadas à doença mental, mas independente da denominação sempre foi foco de pesquisa e de investigação.

2.3.2 Assistência pública ao doente mental

A loucura é algo que torna o ser humano incapaz em todos os aspectos: social, profissional, em suas relações pessoais e interpessoais levando em conta que o sujeito acometido por essa falta de saúde mental é concebido e percebido como 'anormal' cujas características o colocam como um ser imprevisível, perigoso e violento, logo fora do seu juízo normal. Essas identificações causam a sua exclusão, isolamento e reclusão em casas de tratamento (PINHEIRO, 2006).

Os serviços de saúde no Brasil são considerados, pela maioria dos usuários, sem qualidade. No sentido de reverter esse quadro, o Ministério da Saúde criou o programa ESF que junto trouxe as Equipes Matriciais de Referência em Saúde Mental que atuaram até que fossem criados e efetivados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) cuja proposta é estabelecer ações “centradas na supervisão, no atendimento compartilhado e na capacitação em serviço, realizado por uma equipe de saúde mental para equipes ou profissionais da atenção básica” (BRASIL, 2011, p. 5).

Segundo a OMS, aproximadamente 450 milhões de pessoas portadoras de transtornos não recebem a mesma atenção de pacientes da saúde física, e estimativas indicam que os TM representam um total de 12% das doenças mundiais, no entanto, na saúde pública, os recursos à saúde mental não chegam a 1% do gasto total, principalmente em países que estão em processo de desenvolvimento. Do orçamento do SUS, 2,4% são repassados à saúde mental, 3% para situações de prevalência de transtornos mentais severos e persistentes e 6% de dependentes químicos. Aos CAPS foram repassados 20%, percentual inferior aos 80% direcionados a 55 mil leitos psiquiátricos (BRASIL, 2004).

No Brasil, o atendimento aos portadores com problemas mentais ainda precisa se tratar de uma “necessidade de saúde do portador de sofrimento psíquico que esteve submetido à ordenação jurídica que respondeu ao clamor social da década de 1930 do século XX, prestando-se ao controle do alienado” (SILVA; FONSECA, 2005, p. 442).

O Ministério da Saúde tem investido no Programa de Saúde Mental e os gastos em 2006 ficaram acima dos recursos aplicados no programa com hospitais. O período de 2002 a 2009 cresceu em torno de 37%, com esse percentual, o investimento extra-hospitalar registrou um crescimento de 26% e o investimento hospitalar caiu algo em torno de 40%. Com programas de saúde mental foram investidos, em 2009, cerca de R\$ 1.012,35 em ações e programas extra-hospitalares e R\$ 482,83 em ações e programas hospitalares, um custo total de R\$1.495,18. Em 2010, a estimativa dos gastos com a saúde mental foi de R\$1.650 milhões e deste montante cerca de R\$ 1.100 milhões foram destinados para o programa extra-hospitalar (BRASIL, 2011).

Buscando qualificar o atendimento a doentes mentais nas unidades de Atenção Básica, por meio da Portaria GM 154/08 foi feita a recomendação de incluir profissionais de saúde mental nas equipes do NASF, o que melhorou a atenção, cuidado e acesso de cidadãos com transtornos mentais, de comportamento e/ou associados ao uso de álcool e consumo de drogas. Assim, em 2010 já estavam em funcionamento 1.288 NASF e dos seus 7.634 trabalhadores 31% (2.349) atuam na área da saúde mental (BRASIL, 2004).

Os transtornos mentais passaram em 1996 a ser considerado para a saúde pública, um desafio a ser vencido após a divulgação de resultados de uma pesquisa realizada pela Universidade de Harvard e OMS, usando como metodologia, segundo Santos e Siqueira (2011, p. 3) “combinar o número de anos vividos com a incapacidade e os de anos perdidos por morte prematura decorrente da doença apontaram as cinco principais causas da incapacitação”, como mostram os resultados descritos na Tabela 5.

TABELA 5 – CAUSAS DOS TRANSTORNOS MENTAIS

Causas dos transtornos mentais	
Depressão	13%
Ingestão de álcool	7,1%
Distúrbios bipolares	3,2%
Esquizofrenia	4%
Distúrbios obsessivo-compulsivo	2,8%

Fonte: Santos; Siqueira (2011).

As causas descritas na Tabela 5 foram consideradas as principais em se tratando de transtorno mental. Mas, no contexto mundial, dados indicam que os transtornos mentais são responsáveis por 12% das doenças existentes, por 1% da mortalidade e mesmo com esse quadro “menos de 1% dos recursos de saúde é destinado a essa área, mais 40% dos países não têm política em saúde mental, 30% não têm nenhum programa e a maioria é tratável e evitável” (OMS, 2001, p. 4).

A depressão é considerada uma das causas dos transtornos mentais, é comum e há anos é objeto de estudo e pesquisas no campo da saúde. Atualmente, ocupa a quarta posição entre todas as doenças sendo uma das “principais causas de ônus e as perspectivas são bastante sombrias e caso permaneçam os índices de incidência, até 2020 ocupará o segundo lugar” (OMS, 2001, p. 5).

Depressão é uma palavra de origem grega, sua origem vem do termo *melano chole*, cujo significado é bilis negra; em 1660 essa palavra descrevia o desânimo e se tornou comum no século XIX. Na antiguidade, milhares de anos a.C. estudiosos gregos defendiam a ideia de que as doenças mentais possuem relações com algum tipo de disfunção do corpo tanto que o humor (temperamento da pessoa) era consequência dos fluidos corporais fleuma, bile amarela, sangue e bile negra. O excesso de bile negra sempre esteve associado à depressão (SOLOMOM, 2002).

O transtorno mental associado ao uso de álcool em excesso tem sido uma das principais causas dos índices de mortalidade. De acordo com OMS é maior o número de mortes causadas pelo consumo de álcool do que os óbitos decorrentes do fumo (COSTA et al., 2004).

Os indivíduos que usam álcool em excesso, com o tempo passam a apresentar características de transtornos mentais e o prognóstico, ou seja, a avaliação da sua situação piora cada vez que seus transtornos mentais perduram ou aumentam. Há três formas de tratamento para as pessoas que apresentam comorbidades psiquiátricas decorrentes do uso de álcool: o sequencial ou consecutivo, o paralelo e o integrado (ALVES; KESSLER; RATTO, 2004).

Cada tipo apresenta características específicas que podem ser observadas na Tabela 6.

TABELA 6 – TIPOS DE TRATAMENTO PARA COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS DECORRENTES DO USO DO CONSUMO EXCESSIVO DE ÁLCOOL

Tratamento/descrição	Características
Sequencial ou consecutivo: provido consecutivamente por serviços de saúde mental conforme a gravidade e prioridade da doença.	Bom resultado em transtornos secundários, comunicação limitada, problemas tratados separados e menores vínculos terapêuticos.
Paralelo: os cuidados são recebidos por dois serviços ao mesmo tempo sendo um especializado na doença e dependência química.	Tratamento especializado, menor vínculo terapêutico, a responsabilidade médica é mais clara e maior custo.
Integrado: tratamento psiquiátrico e de dependência química realizado por somente um serviço terapêutico.	Melhores resultados, tendência de menor custo, maior vínculo terapêutico e responsabilidade definida.

Fonte: Alves; Kesller; Ratto (2004, p. 3).

O consumo excessivo de álcool é a causa de diferentes doenças além das psiquiátricas. A tabela nos mostra que um tratamento integrando Psiquiatria e tratamento para dependência química apresenta melhores resultados e menor custo para o SUS.

O distúrbio bipolar é classificado como o transtorno mental de maior gravidade por afetar os “aspectos neuroquímicos, cognitivos, psicológicos, funcionais e socioafetivos da pessoa e seus reflexos resultam em elevado índice de mortalidade e prejuízo socioeconômicos” e sua principal característica é a variação de humor de forma interna, frequente e duradoura (ROCCA; LAFER, 2008, p. 4).

O transtorno bipolar é um dos mais graves tipos de transtorno mental porque envolve o campo neuroquímico, cognitivo, psicológico, funcional e sócio afetivo. Uma definição atualizada consiste em uma doença do tipo “complexa, crônica que compromete gradualmente o cérebro e a saúde com episódios de humor que oscila entre depressivo maior, maníaco, misto e hipomaníaco e acomete 1,5% da população e pode chegar a 3% a 5%” se for considerado o estudo desenvolvido por Akiskal que amplia a incidência da doença estendendo os critérios diagnósticos (KAPCZINSKI; QUEVEDO, 2009).

Em se tratando do distúrbio obsessivo-compulsivo (TOC) é um pouco mais difícil de diagnosticar e descrever seus aspectos clínicos, mas suas características possuem

como base a “ocorrência primária de obsessões e/ou compulsões, ou seja, pensamentos impulsos ou imagens mentais recorrentes, intrusivos e desagradáveis, reconhecidos como próprios e que causam ansiedade ou mal-estar relevante” (TORRES; SMAIRA, 2001, p. 2).

As “compulsões são comportamentos ou atos mentais repetitivos que o indivíduo executa de modo voluntário em resposta a uma obsessão ou para reduzir a ansiedade/mal-estar ou prevenir algum evento temido”, é preciso considerar que as principais características básicas deste transtorno são a avaliação exagerada de riscos, dúvida patológica e sensação de incompletude, ressaltando que todo e qualquer risco são vivenciados de forma exagerada pela pessoa vitimada pelo TOC (TORRES; SMAIRA, 2001, p. 1).

Por meio da Portaria GM/MS nº 251/2002 que no atendimento a paciente com transtorno mental é competência do gestor local do SUS, decidiu limitar as internações, bem como controlar a porta de entrada nas áreas hospitalares, “instrumentos, mecanismos específicos e resolutivos de atendimento de urgência/emergência em serviços extra-hospitalares, na rede hospitalar não especializada” (BRASIL, 2002, art. 8º).

2.3.2.1 Atendimento ao paciente com transtorno mental no Centro de Atenção Psicossocial

Complexa, descentralizada e dependente de decisões de caráter social são essas características que marcam o desfecho relacionado à questão da saúde mental no âmbito do SUS, além disso, é pré-determinado, nos Estados brasileiros um tipo de serviço responsável pela coordenação de saúde mental que deve articular seus propósitos com instâncias de coordenação municipais, constituindo “um conjunto de referências para o usuário dos serviços e nesse processo estão os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) cujo objetivo é concretizar a Política de Saúde Mental” (BRASIL, 2007, p. 3).

Em 1987, em São Paulo, foi criado o CAPS, o primeiro na sociedade brasileira, resultado da ação política de redemocratização e a partir desta ação, surgiram os

Núcleos de Atenção Psicossocial, que trouxe como proposta desconstruir a ideia e as instituições denominadas manicômio. A base central da proposta do CAPS é o cuidado a pacientes, em sua base territorial, que apresentem transtornos mentais graves e persistentes (NASCIMENTO; GALVANESE, 2009).

A principal característica do CAPS é substituir os conhecidos hospitais psiquiátricos, oferecendo um serviço de qualidade, aberto e comunitário do SUS, sendo referência e tratamento para pessoas vítimas de “transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e que a severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência e cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida” (BRASIL, 2004, p. 3).

Por determinação do Ministério da Saúde, para atender o adulto com transtornos mentais, o CAPS precisa ter em sua estrutura: consultórios para atendimento individual, realização de entrevistas, aplicação de terapias; salas para atividades grupais; espaço que possibilite e promova a convivência; oficinas; refeitório; sanitários; e área externa para a realização de oficinas, recreação e esportes (BRASIL, 2004).

O acesso ao CAPS é aberto para pessoas vitimadas por algum tipo de sofrimento psíquico intenso, que em função da doença não consegue e/ou está impedido de viver, planejar ou realizar projetos de vida. Não importa se o paciente apresenta em seu histórico médico, internações psiquiátricas de longa duração ou se nunca passou por um processo, mas já precisou de atendimento em ambulatório, o CAPS o acolhe e cuida de sua saúde (ONAKO; FURTADO, 2006).

As drogas são as psicotrópicas ou psicoativas: álcool; opioides (morfina, heroína, codeína, diversas substâncias sintéticas); canabinoides (maconha); sedativos ou hipnóticos (barbitúricos e benzodiazepínicos); cocaína; outros estimulantes (como anfetaminas e substâncias relacionadas à cafeína); alucinógenos; tabaco; solventes voláteis. “São classificadas lícitas (podem ser comercializadas) e ilícitas (proibidas por lei), todas causam diversos e diferentes efeitos no organismo” (NICASTRI; RAMOS, 2001, p. 28).

Quando se fala em atendimento no CAPS devido ao uso de drogas, é importante destacar alguns aspectos. A OMS define drogas como “qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento” (NICASTRI; RAMOS, 2001, p.27).

Os tipos de CAPS e suas características descritas pelo Ministério da Saúde (2004) são: CAPS I e CAPS II: atendimento diário de adultos com transtornos mentais severos e persistentes; CAPS III: atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana a pessoas com transtornos mentais severos e persistentes; CAPSi destinados à infância e adolescência, atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais; CAPSad: atende a usuários de álcool e drogas, o atendimento é diário a pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas e outras drogas.

Em Vitória, Espírito Santo, as atividades do CAPS consistem em acolher, tratar e reinserir socialmente, o adulto da localidade com transtornos mentais severos e persistentes ou que apresentem riscos de cometer e/ou tentar o suicídio, oferecendo tratamento diário e acolhimento noturno. Um fator importante: “o paciente fica no centro praticando diferentes atividades físicas e terapêuticas – oficinas de pintura, música, jogos e volta para a sua casa à noite” (VITÓRIA, 2013, p. 6).

2.3.3 Reforma Psiquiátrica no Brasil

Denúncias relacionadas à política nacional de saúde mental quanto aos serviços de e as condições de atendimento ao doente com TM, no campo público e privado deram início ao movimento de reforma psiquiátrica, época em que surgem diversos núcleos estaduais (São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais) constituindo, assim, o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental. Anos depois, em 1978, Rio de Janeiro, a sociedade toma conhecimento do movimento dos trabalhadores da Divisão Nacional de Saúde Mental que questionam a política psiquiátrica, considerando que esses movimentos trouxeram à tona “[...] como os loucos representavam a radicalidade da opressão e da violência imposta pelo estado autoritário” (MESQUITA; NOVELLINO; CAVALCANTI, 2011, p. 5).

Na década seguinte, 1980, o movimento pró-reforma psiquiátrica continuou de forma mais organizada promovendo uma sequência de encontros preparatórios para a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental em 1987 e segundo Mesquita, Novellino e Cavalcanti (2011, p. 5) entre as reivindicações estava o pedido de priorizar “investimentos para os serviços extra-hospitalares e multiprofissionais contrapondo a hospitalocêntrica e, assim, o II Congresso Nacional do MTSM consolidou a luta antimanicomial, em defesa de uma sociedade livre de manicômios”.

Foi a partir do II Congresso Nacional do MTSM que o sentido e conceito político relacionado à questão antimanicomial ganhou maior espaço. Em 1989, um ano após a implantação do SUS, o projeto propondo a regulamentação dos direitos do portador de transtornos mentais e o fim progressivo dos hospícios brasileiros entra na pauta de discussões do Congresso Nacional, sendo aprovado somente em 2001 (MESQUITA; NOVELLINO; CAVALCANTI, 2011).

Essa luta de mais de 12 anos tirou o caráter institucional da loucura e assim os portadores de transtornos mentais tiveram seus direitos reconhecidos e passaram a usufruir de serviços menos agressivos e mais humanizados com atendimento extra-hospitalares prestados pelos: Núcleo de Atenção Psicossocial, Centro de Atendimento Psicossocial (CAPs I, CAPs II, CAPs III, CAPsi, CAPsad), Centro de Atenção Diária, Hospitais-dia e Centros de Convivência e Cultura (MESQUITA; NOVELLINO; CAVALCANTI, 2011).

Embora seja nova a integração e parceria entre reforma e psiquiatria, faz tempo que essas expressões caminham juntas. Mas, a reforma psiquiátrica no Brasil é uma reivindicação antiga, que teve origem na década de 1970 quando se discutia a redemocratização política e social brasileira, mas suas referências são anteriores a esse período, um processo que tem relação com “o modelo das comunidades terapêuticas, o movimento da psiquiatria comunitária e preventiva e de intervenção na comunidade, ação mais preventiva do que curativa” (TENÓRIO, 2002, p. 2).

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros, as primeiras leis que

determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. É a partir deste período que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos. É na década de 1990, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país, as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005, p. 8).

A evolução dos serviços prestados pelos CAP's, em todo o Brasil, pode ser observada na figura 2, segundo dados do Ministério da Saúde, no período de 1998 aos seis primeiros meses de 2009.

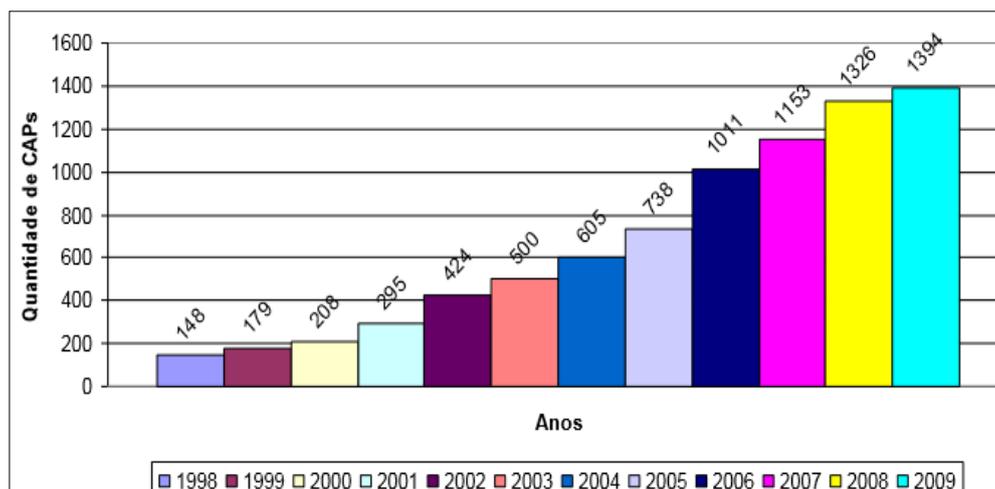


Figura 2 - Evolução dos CAP's.

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, Saúde Mental em Dados, Ano IV, nº 6, Junho de 2009.

Os resultados alcançados pelo movimento iniciado em 1970, em busca de melhor atendimento e serviços oferecidos aos portadores de transtornos mentais mostraram que é possível “[...] construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais [...]” (BRASIL, 2004, p. 2).

Na definição do ministério da saúde, a reforma psiquiátrica consiste em um conjunto “de transformações de práticas, saberes, valores socioculturais em torno do louco, da loucura, das políticas públicas, processo político e social, envolvendo atores, instituições e forças de diferentes origens na esfera federal, estadual e municipal”, e outras instâncias sociais representativas (BRASIL, 2001, p. 6).

A proposta da Reforma Psiquiátrica tem como objetivo acabar com o conceito de manicômio associado às instituições e serviços destinados às pessoas com algum dos tipos de transtorno mental. Nesse sentido, no âmbito da saúde brasileira, para a área da saúde mental passou-se a utilizar como bases que possibilitam eliminar essa ideia associativa, reorganizar e reestruturar o serviço e atendimento ao doente mental e reconhecer seus direitos de cidadão (MANGIA; MURAMOTO, 2006).

Saúde é um direito de todo ser humano, o mesmo se aplica aos cuidados que devem receber quando esta é abalada. Assim, as pessoas diagnosticadas com transtorno mental têm direitos garantidos pela Lei nº 10.216/2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. O art. 2º determina que “nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo” (BRASIL, 2001):

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Ainda de acordo com a Lei 10.216/01, no art. 6º, que trata da internação da pessoa com transtorno mental, está expresso que “a internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos” que se classifica de três modos, ou seja, por vontade própria, involuntária, sem prévio consentimento e a compulsória, a mando da justiça (BRASIL, 2001).

2.3.3.1 SUS: garantia legal de assistência, internação e reintegração social do doente mental

Pessoas com algum tipo de transtorno mental têm como apoio outros dispositivos legais que buscam assegurar a segurança da saúde do doente e o art. 4º da lei de reforma psiquiátrica determina ser excepcional a hipótese de internação somente em caso de insuficiência dos recursos extra-hospitalares, neste caso o tratamento deve promover a reinserção social do paciente, assistência integral e não internar em asilos. Nessa perspectiva, o trabalho com o programa “De Volta pra Casa” cujo objetivo é reabilitar psicossocialmente o doente mental, para tornar essa proposta efetiva, a Portaria GM/MS nº 2.077/03 estabeleceu o auxílio-reabilitação psicossocial que “facilita a assistência, o acompanhamento e a integração do paciente à sociedade, sendo mais um instrumento de efetivação da luta antimanicomial” (CADERNO DE ESTUDOS E PESQUISAS DE DIREITO SANITÁRIO, 2009, p. 3).

Entre leis que buscam proteger e reintegrar o doente mental ao convívio em seu grupo social, o Ministério da Saúde para reduzir ao mínimo possível, o número de internações, regulamentou por meio da Portaria nº 106/00, os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, que consistem em “moradias ou casas inseridas na comunidade para cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, sem suporte social e laços familiares e que viabilizem sua inserção social” (BRASIL, 2000, art. 1º, § único).

A proposta desses serviços, ou seja, moradias ou casas nas comunidades na realidade é uma forma de prestar assistência ao paciente evitando a “internação psiquiátrica prolongada” como determina o art. 2º; por isso, um pré-requisito é que estejam “vinculados, tecnicamente, ao serviço ambulatorial especializado em saúde mental mais próximo”, como expressa o art. 5º, d (BRASIL, 2000).

Por meio da Portaria GM/MS nº 251/2002 que no atendimento a paciente com transtorno mental é competência do gestor local do SUS limitar as internações, bem como controlar a porta de entrada nas áreas hospitalares, “instrumentos, mecanismos específicos e resolutivos de atendimento de urgência/emergência em serviços extra-hospitalares, na rede hospitalar não especializada” (BRASIL, 2002, art. 8º).

Reduzir o máximo possível o número de leitos psiquiátricos está dentro da proposta de reinserção e reintegração do doente mental e de acabar com o aspecto do atendimento centrado na internação ou no conceito associado ao manicômio. Por meio da Portaria GM/MS nº 52/04 foi criado o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no âmbito do SUS, com a proposta de mudar o atendimento assistencial ao “doente mental e, principalmente, garantir uma transição segura, de modo que a redução dos leitos hospitalares seja planejada e acompanhada da construção de alternativas de atenção no modelo comunitário” (CADERNO DE ESTUDOS E PESQUISAS DE DIREITO SANITÁRIO, 2009, p. 4).

Em 2008, o SUS em relação ao atendimento de emergência em saúde mental que foi estendido aos hospitais gerais ou em hospitais psiquiátricos e a partir da Portaria GM/MS nº 1.899/2008 foi criado o Grupo de Trabalho sobre saúde mental em hospitais gerais, cujas competências em se tratando de emergência na saúde mental estão expressas no art. 3º e devem:

I - promover a discussão sobre estratégias para expandir o número de leitos para internação psiquiátrica em hospitais gerais e também, os serviços de emergência (BRASIL, 2008);

II – discussão dos critérios para implantar e implementar os serviços de emergência, buscar uma maior adesão dos gestores à implantação dos leitos (BRASIL, 2008);

III - estabelecer mecanismos de discussão e definir técnicas sobre os leitos para internação psiquiátrica em hospitais gerais e em seus serviços de emergência coletivamente e construir o consenso, observando as necessidades e especificidades das diferentes regiões geográficas do País (BRASIL, 2008);

IV – discutir as diretrizes gerais para regulação das internações psiquiátricas envolvendo o SAMU e as diretrizes da Política Nacional de Regulação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008).

Uma das características marcantes dos transtornos mentais no âmbito da saúde pública brasileira em se tratando de atendimento pode ser observada em estudos que pesquisam os primeiros asilos psiquiátricos que os classificam como prisões e não hospitais, haja vista que os pacientes ficavam acorrentados na parede, presos por bolas de ferros. Esse quadro começou a mudar no final do XVIII quando estes tipos de serviços passaram a ser proibidos e os alojamentos (locais onde eram atendidos) foram reestruturados e passaram a apresentar uma estrutura menos agressiva e um atendimento mais humano (GELDER; MAYOU; GEDDES, 2002).

As doenças mentais são reconhecidas mundialmente como enfermidades a partir do século XIX e início do século XX e se tornaram objeto de pesquisa e tratamento médico quando estudos e pesquisas de Freud causaram uma drástica mudança na “abordagem dos transtornos mentais com o estudo do inconsciente e da psicanálise, mas somente no século XX se conheceu a psiquiatria em seu aspecto atual” (HOLMES, 2001, p. 3).

2.4 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

O Programa de Saúde da Família foi criado com o intuito de prevenir doenças por meio de informações e de orientações de cuidados de saúde realizadas pelos agentes comunitários sob a supervisão do enfermeiro, surgindo como uma das estratégias de implantação do SUS, tendo como aspecto marcante a possibilidade de agilizar a descentralização dos serviços atendendo as necessidades de saúde da população (SANTOS, ASSIS, 2005).

A saúde pública no Brasil é uma questão complicada e, em alguns pontos é ineficaz em relação ao atendimento ao cidadão. Mas, para Mendes (2002, p. 5), a Atenção Primária à Saúde (APS) “como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde é a mais correta do ponto vista técnico [...]”.

No cuidado à saúde, M. M. C. Oliveira (2007, p. 2) destaca que a APS foi definida como essencial à “saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar”.

Entretanto, destaca E. Felisberto (2003) que o sistema nacional de saúde, especialmente no campo de atenção básica, ainda precisa de diretrizes mais claras para superar os obstáculos operacionais e funcionais e buscar alternativas estratégicas para enfrentar os desafios que se apresentam.

Nos anos de 1990, o Ministério da Saúde (MS) iniciou a implementação do PSF por meio da Portaria n.º 692 para colaborar na organização do SUS e na municipalização da integralidade e participação da comunidade para atender, segundo M.M.C. Vasconcellos (1998, p. 4), “[...] mais de 32 milhões de brasileiros incluídos no Mapa da Fome, expostos a maiores riscos de adoecer e morrer e, na sua maioria, sem acesso permanente aos serviços de saúde”.

Em 1999, ocorre a criação da Coordenação de Atenção Básica, transformada em Departamento, com a função de acompanhar a implantação das equipes do PSF, executar os projetos de qualificação do processo de trabalho da atenção básica; acompanhar e avaliar o processo de reorganização dessa atenção, com ênfase na estratégia do PSF (OLIVEIRA, 2007).

No tocante ao sistema de saúde brasileiro, em seus estudos, A. L. Abrahão (2007, p. 3) ressalta que a APS constitui o primeiro contato com o sistema de saúde, com a proposta de “orientação comunitária, reconhecimento das necessidades familiares no contexto socioeconômico e cultural na perspectiva da saúde coletiva” além de outras atribuições essenciais que são:

- acesso, uso dos serviços;
- longitudinalidade, fonte continuada de atenção;
- integralidade, recebimento dos serviços de saúde necessários a partir da identificação;
- coordenação do cuidado, integração da rede de serviços;

- orientação familiar, onde a família é o sujeito da atenção e o conhecimento de seus problemas de saúde se dá de forma integral.

A Figura 3 mostra a configuração dos atributos da Assistência Primária à Saúde.

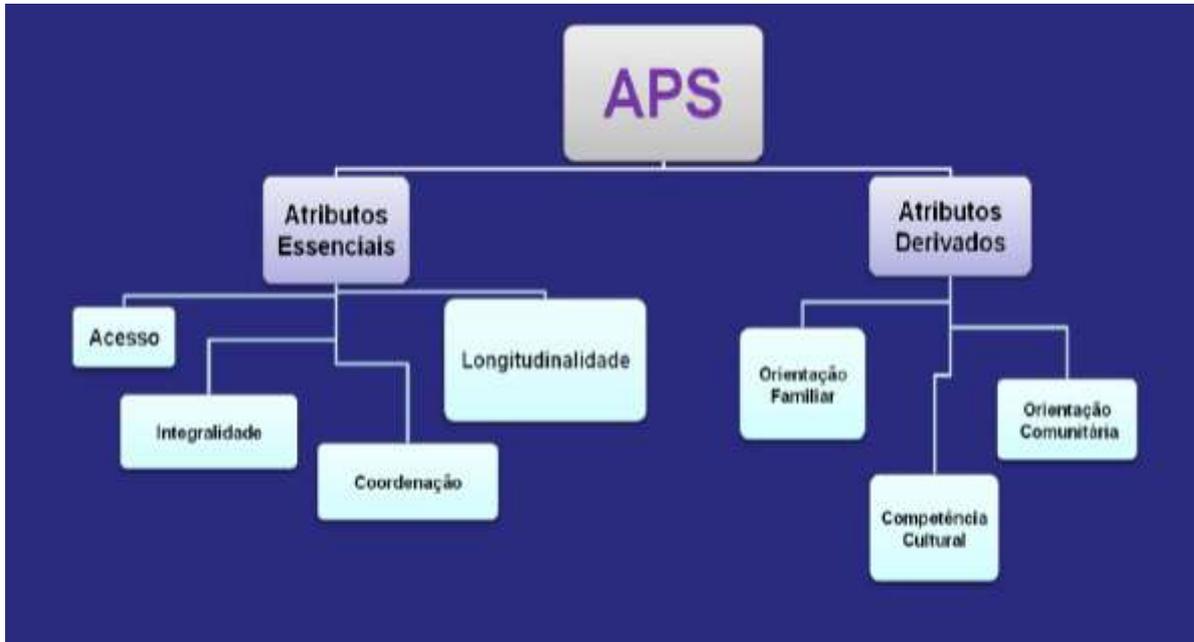


Figura 3 – Atributos da APS.

Fonte: Adaptado de Abrahão (2007).

Para um bom desempenho da saúde, os serviços da Atenção Primária são fundamentais. Em se tratando da saúde mental para que a eficácia e eficiência se sobreponham “os cuidados primários precisam estar associados a outros níveis de cuidados, inclusive componentes de cuidados secundários que servem de referência, apoio e supervisão aos profissionais da APS” (MENEZES, 1996, p. 4).

Diferentes histórias compõem o ambiente das atividades e intervenções na assistência em Saúde Mental. O trabalho com a família de pacientes com transtornos mentais evidenciam os limites e desafios dos profissionais em superar obstáculos na busca por uma assistência de qualidade e humanizada (LANCETTI, AMARANT, 2006).

A epidemiologia da doença mental no Brasil indica que milhões de pessoas são vítimas de algum tipo de doença mental. Dados da OMS apresentados ao Ministério da Saúde mostram que há mais de cinco milhões de brasileiros com transtornos

mentais. Cerca de 9%, ou seja, 17,1 milhões de brasileiros são portadores de transtornos leves, cujos sintomas são apontados pelos que procuram as UBS de sua localidade são “queixas psicossomáticas, dependência de benzodiazepínicos, transtornos de ansiedade menos graves” (BRASIL, 2003, p. 6).

De acordo com os autores L.A Colvero, C.A.C. Ide, M.A Rolim (2004), uma das bases da proposta da reforma psiquiátrica é manter o doente mental junto à família e promover a sua reinserção social. A família, embora seja a base de tudo, é uma instituição que se depara, nas últimas décadas, com os mais diferentes problemas, uma vez que sua participação e envolvimento em questões que antes não passavam despercebidas expõem sua fragilidade diante de determinadas situações. No caso da sua relação com algum familiar acometido pelo transtorno mental, os cuidados e assistência eram competências de hospitais, centros psiquiátricos, espaços destinados a essa finalidade. No entanto, nesses espaços, os tratamentos e medicamentos aplicados, para controlar e/ou acalmar o paciente, a internação, o retirava do convívio social e familiar e impedia, de modo geral, a sua interação.

A Reforma da Assistência Psiquiátrica defende a desinstitucionalização do doente mental alegando que, ao lado da família, o tratamento seja mais eficaz, além de evitar a exclusão social. Assim, a família passou a representar o binômio saúde/doença mental. Mas, essa responsabilidade repercute na vida e nas relações familiares. A abordagem da “Reabilitação Psicossocial, a doença mental não reside, isolada e culpabilizante dentro do sujeito, e sim no território virtual que é a interação entre os membros da família” (COLVERO et al., 2004, p. 4).

Para destacar a importância do PSF e da APS no atendimento ao doente mental é necessário discutir a participação da família e sua contribuição no processo de tratamento.

2.4.1 A família e o doente mental

Quando se trata da doença mental, a família não pode e nem deve se sentir vítima ou a culpada do acometimento de seu parente, mas se tornar parte do processo de reabilitação e ressocialização do doente. A proposta de promover a reinserção do

doente mental à família e à comunidade se depara com algumas contradições e polêmicas: a carência de serviços extra-hospitalares na comunidade, descontinuidade dos programas de reinserção social do doente mental e a desconsideração dos desgastes a que ficam sujeitos os familiares (NAVARINI; HILDES, 2008).

Para não evidenciar a ineficácia da assistência prestada ao doente mental, mudanças foram providenciadas na política assistencial. Hoje, tem como pressuposto, tirar de cena leitos hospitalares e em troca oferecer serviços mais eficientes, concebendo a saúde mental com maior atenção, zelo, cuidados centrados em retomar e promover a integração do doente em todos os aspectos possíveis e de acordo com o tipo e severidade do transtorno. Nesse cenário, a família desempenha o papel de simples “informante das alterações que o doente mental apresenta e, de modo passivo, as prescrições dadas pelo tratamento oferecido” (COLVERO, 2004, p. 2).

A precariedade das instituições e o atendimento quase desumano destinado aos doentes mentais no Brasil despertou o interesse da família em se tratando de cuidado e atenção. Na década de 1950, esse empenho se manifestou de forma mais expressiva porque a família demonstrou interesse pelos aspectos sociais da doença. Estudos psiquiátricos enfatizando a importância da relação familiar junto a paciente com transtorno mental serviram de estímulo para cuidar do doente. Nos anos de 1980, pesquisas já indicavam que a família conseguia êxito na alimentação, administração terapêutica medicamentosa e em confortar o familiar doente. O fator positivo desta proposta de cuidado familiar do doente mental é a redução do número de internações (NAVARINI; HILDES, 2008).

É preciso lembrar que há uma facilidade de confundir transtorno mental com loucura, isso é um fato recorrente na sociedade, mas em seus estudos sobre saúde mental e psiquiatria Gonçalves (2001, p. 6) afirma que essa diferenciação é uma temática nova em se tratando de especialidade e se comparada à história da humanidade não tem mais que duzentos anos, levando em conta que somente no “século XVIII o homem inventou uma nova maneira de se perceber, uma nova maneira de vivenciar a condição humana”.

Socialmente não se admite a existência da exclusão porque aceitá-la abertamente, com todos os seus aspectos discriminadores, é efetivamente, consolidar que a diferença existe em todos os seus aspectos (social, cultural, pessoal, etc.). Nessa perspectiva, a exclusão se esconde atrás de características que a mascara e não a deixa ser, visivelmente identificada como realmente é. A exclusão social tem sua origem na Europa em função do número de sem-tetos e da pobreza urbana, desemprego e falta de renda por parte das minorias étnicas e imigrantes, da precariedade dos empregos e da dificuldade de ingresso de jovens ao mercado de trabalho (ARBAZE, 2005).

Nesse processo, foram ocorrendo mudanças em como olhar e conceber a condição humana, com aqueles que apresentam atitudes e/ou comportamentos não correspondentes ao que a sociedade quer, e acabavam inseridos no grupo dos denominados diferentes. Nesse contexto, a pessoa com problemas mentais é excluída dos grupos e da convivência social, o que configurou “tratar do doente mental ser um sinal de exclusão, de reclusão e asilamento, uma condição ainda presente na sociedade contemporânea” (GONÇALVES; SENA, 2001, p. 50).

3 METODOLOGIA

Entende-se que metodologia é o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade, sendo necessário considerar que descrever metodologia do estudo requer amplo conhecimento sobre os diversos métodos, abordagens e tipos de investigação que podem ser utilizados para conduzir a pesquisa (FIGUEREDO, 2008).

De acordo com os parâmetros apresentados por Gil (2010) essa pesquisa classifica-se como exploratória e descritiva, na medida em que busca observar os contextos gerais do acesso à atenção primária de saúde mental no município de Aracruz e descrever as características desse atendimento na perspectiva dos profissionais envolvidos. Para tanto, de acordo com a natureza dos dados, a abordagem utilizada foi quantitativa com informações coletadas a partir de pesquisa documental e pesquisa de campo, esta última com levantamento realizado através de um questionário.

A natureza exploratória foi alcançada através de uma pesquisa bibliográfica, que serviu como elemento basilar para a maior compreensão do tema e também para a estruturação do instrumento de pesquisa que foi posteriormente aplicado na pesquisa de campo. A análise documental observou as fichas dos pacientes atendidos no município para uma caracterização quantitativa dessa prestação de serviço.

Na segunda etapa, que compreendeu a pesquisa de campo, o levantamento através do questionário foi a técnica escolhida porque, conforme Gil (2010, p. 35), permite uma interrogação feita diretamente às pessoas cujo comportamento ou ideia se quer conhecer, a partir da “solicitação de informações a um grupo significativo de pessoas acerca do problema estudado para, em seguida, mediante análise quantitativa, obterem-se as conclusões correspondentes aos dados coletados”.

Após a realização da coleta dos dados através das três fontes (bibliográfica, documental e de campo), as informações foram analisadas, discutidas e apresentadas no capítulo 4 desta dissertação.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO UNIVERSO

A região selecionada é o município de Aracruz, localizado no norte do Estado do Espírito Santo. O Município de Aracruz possui aproximadamente 94.000 habitantes, 100% de cobertura de agentes comunitários, distribuídos em 17 UBSs e quatro unidades de apoio, com 21 equipes de ESF, três Equipes de PAC's.

As unidades de saúde são vinculadas à Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Aracruz e têm como objetivo central, o atendimento preconizado pelas Políticas Públicas de Saúde. Estas instituições integram uma equipe dos seguintes profissionais:

- Assistentes administrativo,
- Agentes de saúde,
- Médicos:
 - Clínico Geral e médicos especialistas.
- Enfermeiros,
- Odontólogos,
- Técnicos de enfermagem,
- Nutricionistas,
- Psicólogos itinerantes entre os postos.

O serviço de Saúde Mental de Aracruz tem a existência de aproximadamente 4 anos, e a grande maioria dos usuários cadastrados sofre de transtornos psíquicos graves entre eles, álcool e outras drogas. Este serviço conta com apenas dois especialistas sendo um psiquiatra (que não atua com indivíduos dependentes de álcool e outras drogas), e uma psicóloga sem especialização, apontando para uma ineficácia neste serviço. Apesar dos transtornos mentais, existe um cadastro informal no serviço de Saúde Mental, onde estão contabilizadas apenas 2.500 pessoas, aproximadamente. Este número foi obtido por meio de pesquisa das fichas dos pacientes, porém, conforme observação, acredita-se que o valor seja desconhecido para o município, pois este número está subnotificado. O alto número de pacientes que chegavam às unidades reforça e justifica este credo.

No Serviço de Saúde Mental, a equipe responsável pelo acolhimento e atendimento de usuários com transtornos psíquicos é composta por 01 médico Psiquiatra, 01 Enfermeiro, 01 Psicólogo e 02 Técnicos de Enfermagem, portanto, 05 profissionais por unidade e 85 em todo o município.

Não existe em Aracruz nem CAPS nem NAPS, nem equipe matricial. Estes centros acontecem em municípios onde há um número substancial de pessoas viventes e uma demanda relativamente significativa de pacientes com transtornos mentais. A cidade de Aracruz aponta tanto pelo número crescente de moradores, quanto ao número de usuários que demandam nas unidades de saúde com problemas psicológicos para uma situação de tensão com um trabalho denso para os poucos profissionais, o que coloca em cheque se há um impacto positivo e relevante nos indicadores da saúde psíquica das comunidades aracruzenses.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA E INSTRUMENTO DE PESQUISA

A coleta de dados da pesquisa de campo foi realizada por meio de questionários (APÊNDICE A) aplicados a 42 profissionais da área de saúde, o que correspondeu a praticamente 50% do universo de 85 profissionais que atuam no município, sendo: 13 enfermeiros, 09 médicos, 08 técnicos de enfermagem, 05 agentes comunitários, 02 assistentes administrativos e 05 psicólogos. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. O questionário apresentou 08 questões objetivas e foi aplicado no período de julho de 2015.

Os participantes dessa pesquisa foram escolhidos de modo aleatório por atuarem nas UBS's realizando o atendimento de pessoas portadoras de Transtorno Mental de forma fragmentada. Entendemos que ao analisar as respostas desses profissionais, tivemos como refletir sobre a visão de quem trabalha com saúde mental. Dessa forma, conseguimos entender como a saúde mental é tratada dentro do município de Aracruz. Depois de coletados os dados, estes foram tratados estatisticamente e apresentados sob a forma de gráficos no capítulo 4, sendo esses acompanhados de uma discussão das informações levantadas.

Realizamos a coleta de dados no período de maio a agosto de 2015 e envolveu os profissionais que atuam em 14 das 17 unidades que existem no município de

Aracruz. Para exemplificar e dar uma dimensão aproximada da realidade das Unidades de Saúde foi feita a descrição de algumas e acrescentamos as imagens no APENDICE B:

- US Jequitibá – situada à Rua Américo Crivilim - Bairro Jequitibá;
- US Bela Vista – Situada à Rua Carlos Soela – Bairro Bela Vista (Fotografia 1);
- US Guaxindiba – Situada à Avenida Venâncio Flores – Bairro Guaxindiba (Fotografia 2);
- US Vila Rica – Situada à Rua Padre Luiz Parenzi – Bairro Vila Rica (Fotografia 3);
- US CAIC – Rua Presidente Kennedy – Bairro de Fátima (Fotografia 6);
- US Morobá – Rua Oceania – Bairro Morobá (Fotografia 4);
- US Barra do Riacho (Fotografia 5);
- US Vila do Riacho
- US Coqueiral (Fotografia 7);
- US Barra do Sahy
- US Santa Cruz
- US Jacupemba
- US Guaraná
- US Santa Rosa

A Unidade de Saúde Bela Vista é composta por duas equipes de ESF e atende uma população de aproximadamente 6.800 pessoas. O local é composto pelas seguintes repartições: 01 (uma) sala de espera; 02 (dois) consultórios ginecológicos; 01 (uma) sala de repouso; 01 (uma) sala de nebulização; 01 (um) expurgo; 01 (uma) farmácia; 01 (uma) sala de esterilização; 01 (uma) sala de triagem das crianças; 03 (três) consultórios de clínica geral; 01 (um) consultório clínico geral e pediátrico; 01 (uma) sala de mensuração; 01 (uma) sala de vacina; 02 (dois) banheiros para funcionários distintos por sexo; 02 (dois) banheiros para o público distinto por sexo; 01 (uma) área de serviço.

A Unidade de Saúde Guaxindiba é composta por 3 equipes de saúde da família e atende uma população de aproximadamente 11.000 pessoas. Essa unidade é

composta por dois pavimentos, com as seguintes repartições: 01 (uma) sala de espera; 01 (um) consultório médico; 01 (uma) sala de curativo; 01 (uma) sala de nebulização; 01 (um) banheiro para o público e um para funcionários; 01 (uma) sala de vacina; 01 (uma) sala de triagem das crianças; 01 (uma) cozinha para cafezinho e 01 (uma) área de serviço.

Na Unidade de Saúde Vila Rica, funciona como PACS com 3 equipes e conta com um ponto de apoio que é no bairro Morobá, onde fica uma equipe e atende uma população de aproximadamente 14.000 mil pessoas. O local é composto pelas seguintes repartições: 04 (quatro) corredores que servem de sala de espera; 01 (uma) recepção; 02 (dois) sanitários para o público; 01 (uma) farmácia; 01 (uma) sala de imunização; 01 (uma) sala de curativo; 01 (uma) sala de assistência social; 01 (uma) sala de enfermagem; 01 (uma) sala de pré-natal; 01 (uma) sala de puericultura; 01 (uma) sala de reuniões; 01 (uma) sala de enfermagem de assistência ao diabético; 01 (uma) sala de administração; 01 (um) almoxarifado; 01 (uma) sala de esterilização; 02 (dois) sanitários para os funcionários; 01 (uma) sala destinada à inalação coletiva e aferição de PA; 03 consultórios médicos; 01 (um) consultório odontológico; 01 (um) consultório de psicologia; 01 (uma) cozinha conjugada a uma copa; 01 (um) espaço no corredor utilizado como área de serviço; 01 (um) compartimento externo onde ficam os compressores; 01 (uma) área destinada ao estacionamento; 01 (uma) área externa, ao fundo, que permite o acesso dos funcionários da Unidade de Saúde ao hospital São Camilo, servindo também de estacionamento aos veículos dos funcionários da FHMSC.

A Unidade de Saúde CAIC é composta de duas equipes de ESF e atende uma população de aproximadamente 5600 pessoas. O local é composto pelas seguintes repartições: 01 (um) consultório odontológico; 02 (dois) consultórios médicos; 02 (duas) salas de enfermagem; 01 (uma) sala de vacinação; 01 (uma) sala de curativo; 01 (uma) área de nebulização; 01 (uma) sala de triagem; 01 (uma) recepção; 01 (uma) área de agendamento e espera; 01 (um) almoxarifado; 01 (uma) área para o agente administrativo; 01 (uma) sala para os agentes de saúde; 01 (uma) cozinha; 01 (um) sanitário para funcionários; 01 (um) repouso; 01 (uma) farmácia; 01 (um) sanitário para o público.

A unidade de saúde básica da Barra do Riacho, tem duas equipes de ESF. Em sua estrutura uma farmácia, depósito, almoxarifado, sala de esterilização, expurgo, vacina, curativo, medicação, estabilização adulto e pediátrico, sala de triagem, recepção, arquivo, 4 (quatro) consultórios médicos e 2 (dois) consultórios de enfermagem, 1 (um) de psicologia e 1 (um) de nutricionista, 2 (dois) consultórios odontológicos, escovário, administração e auditório para 80 pessoas. População com coberta em aproximadamente 13.000 pessoas.

A Unidade de Saúde Coqueiral é composta por uma ESF e atende uma população de aproximadamente 4700 pessoas. O local é composto pelas seguintes repartições, sendo ele térreo: 2 (dois) consultórios médicos, 1 (um) consultório odontológico, recepção, sala de curativo, sala de vacina, nebulização no corredor, arquivo e farmácia. Conta em dias alternados, com um médico ginecologista e um pediatra de apoio.

Vale destacar, por fim, que os aspectos éticos que fundamentam esta pesquisa encontram respaldo nas determinações do Conselho Nacional de Saúde (nº 196/96) cujo objetivo consiste em “assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado”.

O estudo previu a segurança, confiabilidade, privacidade e proteção da imagem, garantindo a utilização das informações sem prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio econômico-financeiro e outros.

4 RESULTADOS DA PESQUISA

4.1 ANÁLISE DOS RESULTADOS

O conceito de integralidade em saúde, Brasil (2002) é um conjunto articulado de ações e serviços preventivos, curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade do sistema, já a longitudinalidade nos remete ao acompanhamento do paciente por toda a sua existência, pelos profissionais da APS. Estes conceitos são extremamente necessários para se fazer saúde pública com eficácia.

A deficiência na formação ou capacitação continuada aos profissionais em saúde pública é uma das carências do serviço oferecido no município, visto que as capacitações não são feitas regularmente.

No município há ainda mais um agravamento nesta situação, pois não oferece concurso público de acordo com a demanda necessária, fazendo somente processos seletivos com contratação de 1 a 2 anos de duração gerando uma alta rotatividade (*tonover*) dos profissionais que em sua maioria não conhecem o sistema de trabalho ao qual pertencem.

As respostas fornecidas pelos profissionais demonstraram que os mesmos não conheciam bem todos os dados necessários para um atendimento e acompanhamento de pacientes com transtornos mentais de forma eficiente.

Para uma maior compreensão deste trabalho apresentaremos também gráficos que através da ilustração facilitam, ainda mais, a visualização da análise quantitativa acerca da importância de uma regulação do acesso em saúde mental.

No gráfico 1 observou-se que os profissionais, servidores e contratados que trabalham nos postos de saúde não sabem, em sua maioria, o número de pacientes notificados com transtornos mentais no seu município.

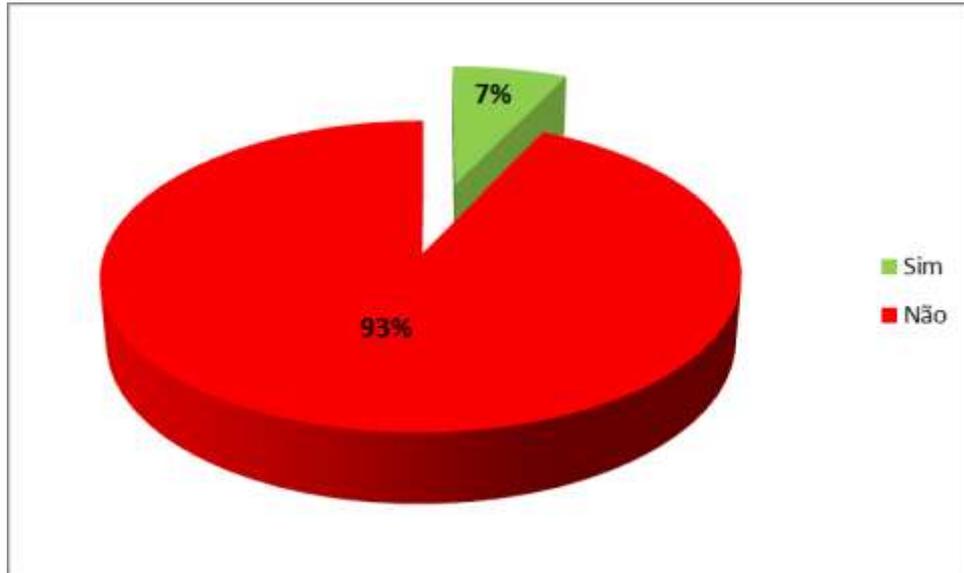


Gráfico1:Você tem conhecimento do número de pessoas com transtorno de saúde mental do município de Aracruz?

Fonte: Carmo(2015).

Não saber o número de notificações de pacientes com transtorno mental no município é o mesmo que afirmar, entre outras coisas, que se faz saúde em Aracruz descumprindo as leis do SUS e, como consequência, neste caso, não exercendo conceitos cruciais para o atendimento com excelência. Pode-se citar, como exemplo, o não acompanhamento do usuário na sua integralidade e longitudinalidade.

Todo o projeto do SUS é apresentado sob a forma de redes, exatamente para que o acesso do usuário seja diligente, portanto, quaisquer atitudes contrárias ou a inexistência de atitudes direcionadas pela lei regente é antônima e não desejada respectivamente. Logo, assegura-se que profissional em saúde pública que não sabe o que é regulação demonstra as características abaixo:

- Ineficaz em discernir ações e estratégias dinâmicas que alcancem o objetivo almejado pelo sistema.
- Não executam as estratégias de saúde da família, muitas das vezes por não conhecer as leis, normas, regras, sistemas, preceitos etc, interferindo assim no acesso apropriado dos usuários em saúde mental.

O Gráfico 2 vem reafirmar que a maioria dos servidores que trabalham nos PSF's não conhecem adequadamente, a função que são convocados a exercer.

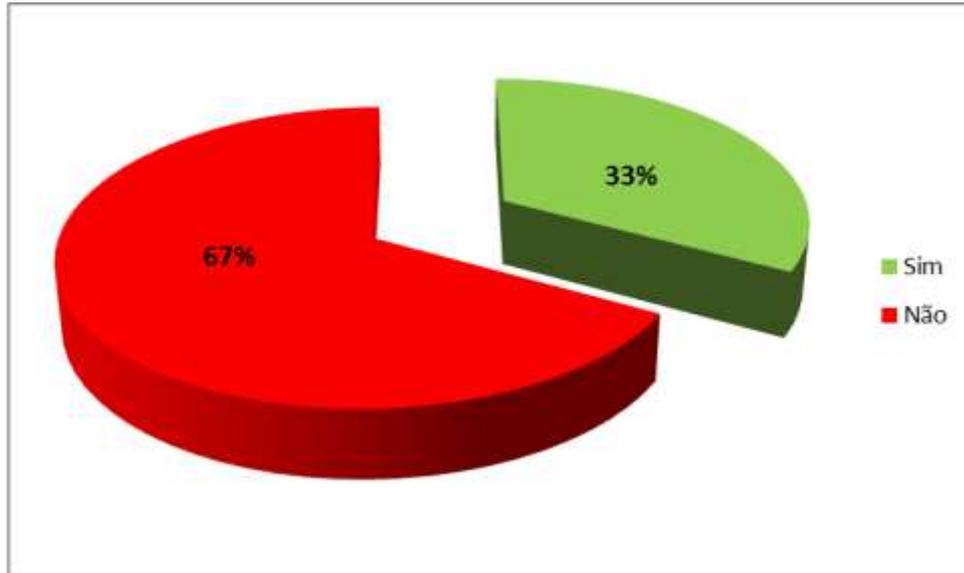


Gráfico 2: Você entende o que é regulação do acesso?
Fonte: Carmo (2015).

A Portaria nº 1559 de 1º/08/2008, que instituiu a Política Nacional de Regulação, torna claro que a Regulação do Acesso à Assistência é efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários.

A referida Portaria também contempla ações como regulação da atenção básica, estabelecimento de mecanismos de referência entre as unidades segundo fluxos e protocolos padronizados, a partir da integração entre as ações de solicitações e de autorização, bem como implantação de complexos reguladores. Essa portaria nos remete à importância de mecanismos regulatórios no acesso. Se o profissional que trabalha na área da saúde não tem intimidade com o tema, como pode o mesmo se comprometer a cumprir a política nacional de regulação?

Segundo A. M. Lobosque (2007) quando um profissional da saúde recebe um paciente suspeito de ter transtorno mental não deve observar somente as queixas inespecíficas e sim tentar descobrir quando e como o quadro atual do paciente se manifestou, assim como a circunstância de sua vida na ocasião. A história dos sintomas não pode dissociar-se da história da vida do paciente. Para avaliar o estado psíquico atual do paciente deve-se observar a fala, movimentos e comportamentos. É sempre importante formular durante a primeira entrevista, ao menos, uma hipótese diagnóstica do tipo de transtorno psíquico apresentado pelos pacientes.

Conforme afirmam M. Nunes, V.J. Jucá e C. P. B. Valentim (2007), o paciente deve ser atendido desde o primeiro contato e os acompanhantes devem ser ouvidos, garantindo a privacidade do paciente. Deve-se ouvir seu relato, atentando não só para o quê, mas para como ele responde, cabendo ao profissional conduzir a entrevista, formando uma noção sobre qual é o problema e uma avaliação de sua gravidade.

Quando os profissionais fazem o acolhimento nas unidades dos pacientes de modo geral, sem o conhecimento de políticas públicas, saúde pública, saúde mental pública, não oferecem ações adequadas ao paciente de saúde mental. Cada um faz sua análise sem critérios pré-estabelecidos. Isso gera uma falha imprescindível na regulação e no acesso do paciente à rede, pois muitas vezes ele não é encaminhado corretamente para satisfazer sua real necessidade. Logo, percebeu-se que o processo de atendimento no contexto em saúde mental feitos pela atenção primária APS, é falho, sem padronização e sem a exigência de cumprimento às normas vigentes, enfim, sem regulação como ilustrado no gráfico 3.

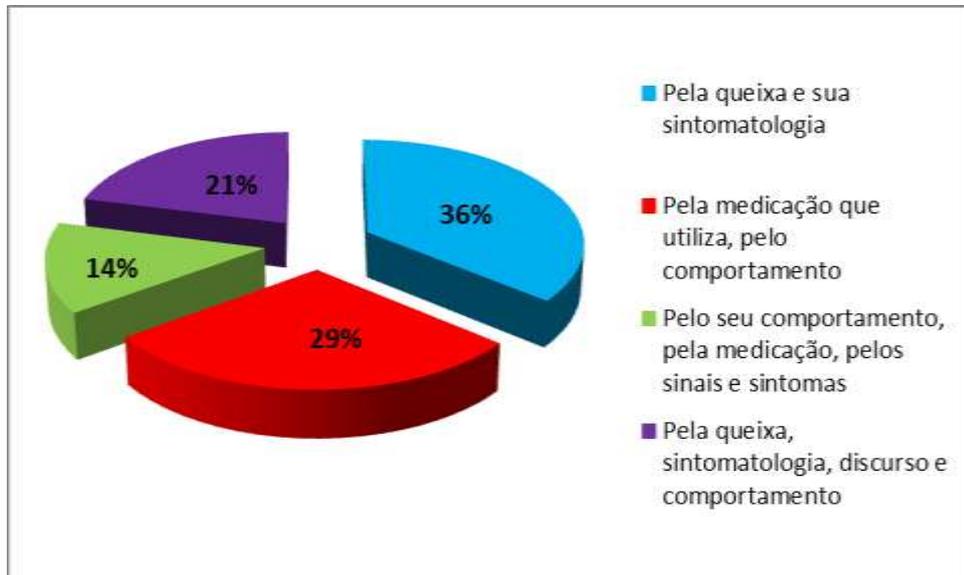


Gráfico 3: Quando você recebe um usuário, como define que é um paciente de saúde mental?

Fonte: Carmo (2015).

Uma das consequências desastrosas e alarmantes se deve ao fato de que, não conhecendo todo o procedimento a ser seguido, os médicos das APS, prescrevem medicações controladas apenas com uma hipótese diagnóstica e ainda, por diversas vezes, não encaminham o usuário a outros profissionais mais especializados na

área. Isso pode criar vícios em pacientes que vão sempre buscar pelo alívio químico e não solucionar de fato a verdadeira pendência de sua psique.

A vigilância sanitária brasileira, em 2007, listou os remédios controlados mais vendidos. Realmente é alarmante ver que remédios que podem causar dependência como os ansiolíticos, estão em primeiro lugar na lista, ganhando até de emagrecedores e antidepressivos. Segundo Gilmar Torquato (2013), os princípios mais vendidos e consumidos são: Clonazepam, conhecido como Rivotril; Bromazepam mais conhecido como Lexotan e Alprazolam, que a maioria das pessoas conhece como Olcadil.

O mau procedimento de alguns profissionais, como por exemplo, uma escuta aleatória quando estão lidando com pacientes com transtornos mentais é muito perigoso, pois alimenta a indústria farmacêutica gerando viciados em medicações paliativas e a desmotivação em procurar a resolução assertiva e eficaz para seu problema.

Saraceno (1997) relata que as práticas públicas de atendimento à saúde mental devem ir além das intervenções terapêuticas convencionais, baseadas nos imediatos encaminhamentos dos pacientes para “outros lugares”. Assim, é importante que os serviços de urgência ofereçam uma “escuta” apurada e uma abordagem eficiente e adequada, com uma avaliação humanizada e singular de uma crise em curso, acionando, para tanto, diversos recursos terapêuticos de intervenção imediata. Tais recursos só podem ser acionados à medida que exista um trabalho articulado a uma rede de atendimento regulada.

Percebeu-se que os profissionais das UBS, não têm ciência sobre a importância da Regulação do Acesso para o usuário de Saúde Mental (Gráfico 4).

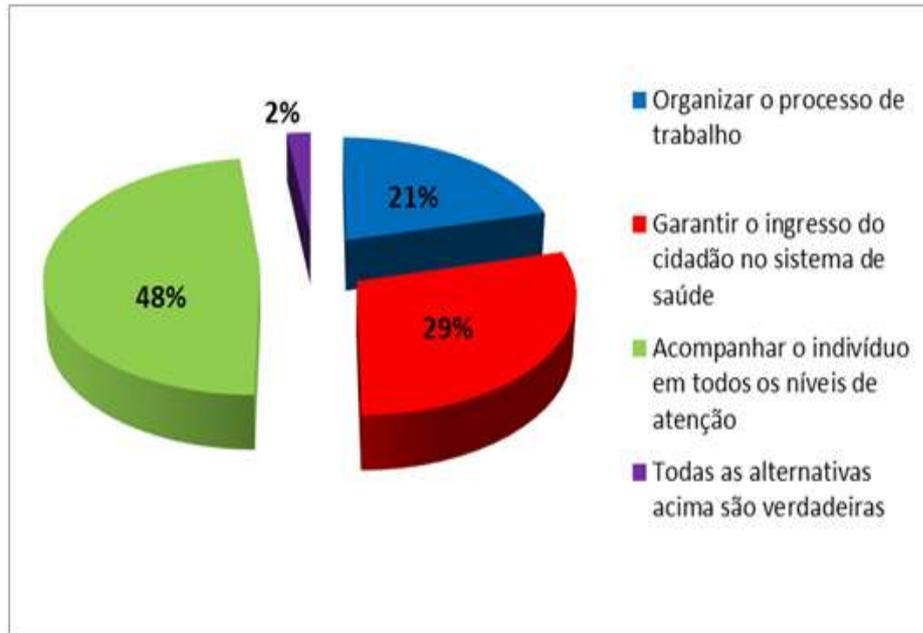


Gráfico 4: Qual a importância da regulação do acesso para o usuário de saúde mental, na atenção primária à saúde?
 Fonte: Carmo (2015).

O surto psicótico caracterizado pela perda da noção de realidade e por uma desorganização do pensamento. Trata-se de um quadro significativo, pois pode evoluir sempre. Temos então, desde o surto psicótico breve (298.8 do DSM 4) indo até a esquizofrenia, um quadro mais grave.

Quando um paciente de uma comunidade entra em surto, os profissionais da atenção básica precisam acolher o paciente ou a família, garantindo o ingresso do usuário na rede. Portanto, necessitam para isso, ter um entendimento comum sobre qual procedimento deve ser executado.

Pode-se alegar, conforme mostra o Gráfico 5, que se na execução de uma tarefa simples e comum do dia a dia dos PSF's, não há alinhamento de ações individuais ou em equipe, há sim uma falta de uniformidade de saberes e direcionamentos refletindo a atual estrutura do serviço no município de Aracruz, que se diz em discurso, voltada para uma gestão plena de saúde.

Evidenciou-se ainda, que a gestão não apresenta um olhar apontado para a medicina preventiva. Afinal, pensar em prevenção na saúde mental significa organizar e regular sistemas e serviços, criar estratégias atuantes com maior

abrangência e competência.

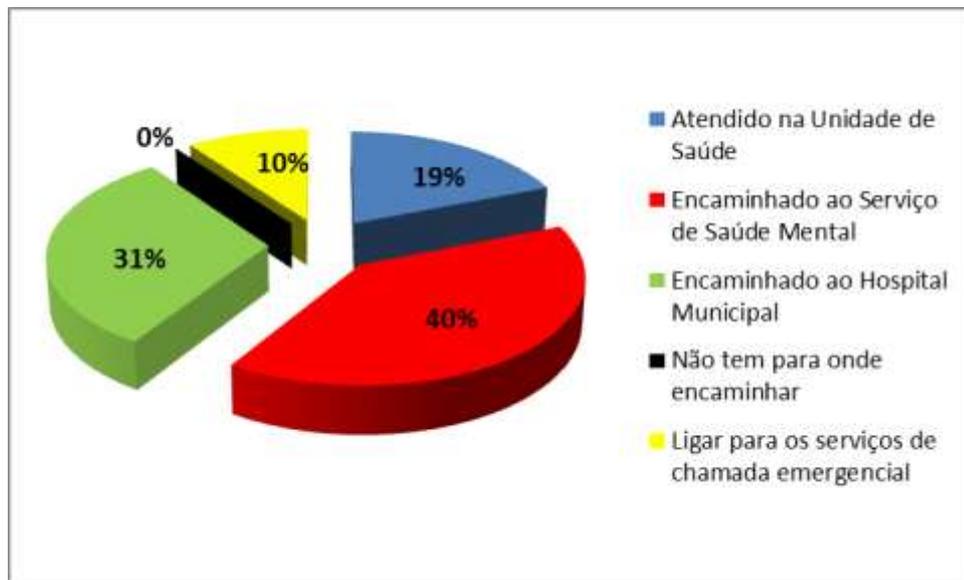


Gráfico 5: Em caso do paciente apresentar surto, qual o procedimento adotado?
Fonte: Carmo (2015).

É descrita na literatura que a ausência de um planejamento integrado das ações voltadas para a Atenção em Saúde Mental nas Unidades Básicas indica um cuidado não integral nas questões de saúde, em que o usuário em sofrimento psíquico aparece como um elemento estranho e desestabilizador da rotina assistencial dos profissionais.

Logo, percebemos que no município de Aracruz, além de não existir uma articulação interna dos processos em saúde mental, existem as falhas no sistema de referência da rede de saúde.

Isso também é manifesto quando observamos a resposta dada ao Gráfico 6, pois este confirma que em quase 70% dos procedimentos executados nos PSF's, o único instrumento de regulação que é utilizado é o prontuário do paciente.

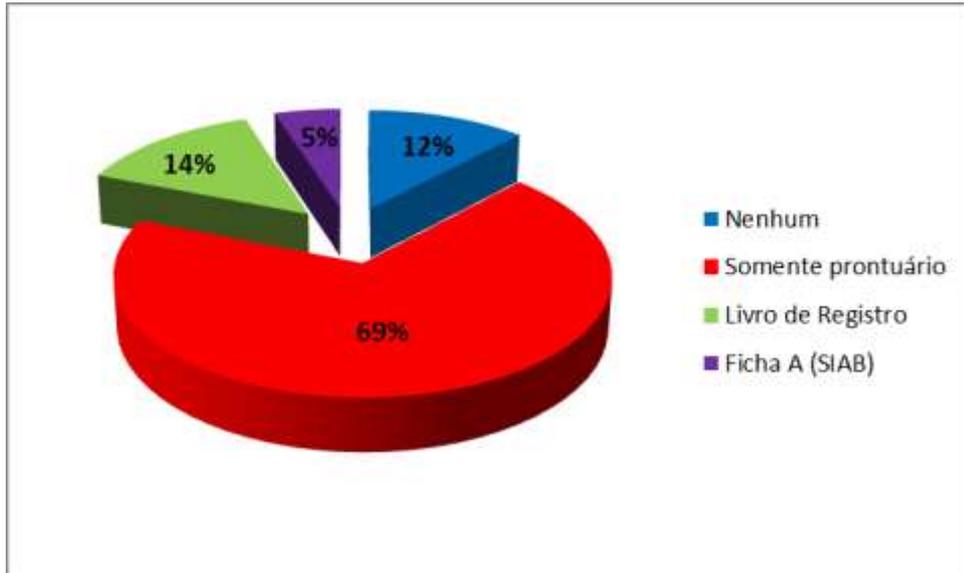


Gráfico 6: Que Instrumentos de organização/Gestão que a sua unidade utiliza para acompanhamento dos usuários de saúde mental?

Fonte: Carmo (2015).

Segundo Lobosque (2007), a primeira abordagem, ou seja, o acolhimento do paciente com problema mental deve ser realizado na UBS por qualquer profissional de saúde, de preferência um técnico de nível superior. Após a primeira abordagem, o profissional que o acolheu poderá necessitar do apoio imediato de outro profissional, ou poderá ele mesmo tomar outras condutas.

A autora ainda complementa que inicialmente deve-se avaliar qual a premência deste atendimento, em seguida definir qual o tipo de serviço no qual o atendimento deve ser feito, seja na unidade básica, serviço de saúde mental ou CAPS. Após, encaminhar o paciente de forma responsável para o serviço indicado que irá acompanhá-lo. Na equipe de Saúde Mental, o paciente será acompanhado por um profissional de nível superior desta equipe com o auxílio dos demais, assim o usuário se beneficia frequentemente da utilização simultânea de outro tipo de equipamento ou atividade.

Mais uma vez nos deparamos com a barreira da falta de regulação do acesso a saúde mental, quando os profissionais dos postos de saúde não respondem a pergunta em conformidade ao proposto das leis. Afinal, se 53% dos entrevistados disseram que os pacientes de saúde mental não são acompanhados pela atenção primária, significa que não trabalham com o conceito de integralidade e o vínculo de

longitudinalidade, demonstrando assim, a importância emergente de reestruturação e até mudanças nas vertentes que surgem das demandas em saúde mental nas APS.

O Gráfico 7 mostra, somado a todas as análises anteriores a conclusão de que o paciente com transtornos mentais não é acompanhado pela ESF. Este quadro demonstra ainda, de forma bem negativa, que o projeto não serve ao fim para que se destina, se comparado ao número de pacientes notificados e subnotificados que precisam do apoio e acompanhamento deste serviço.

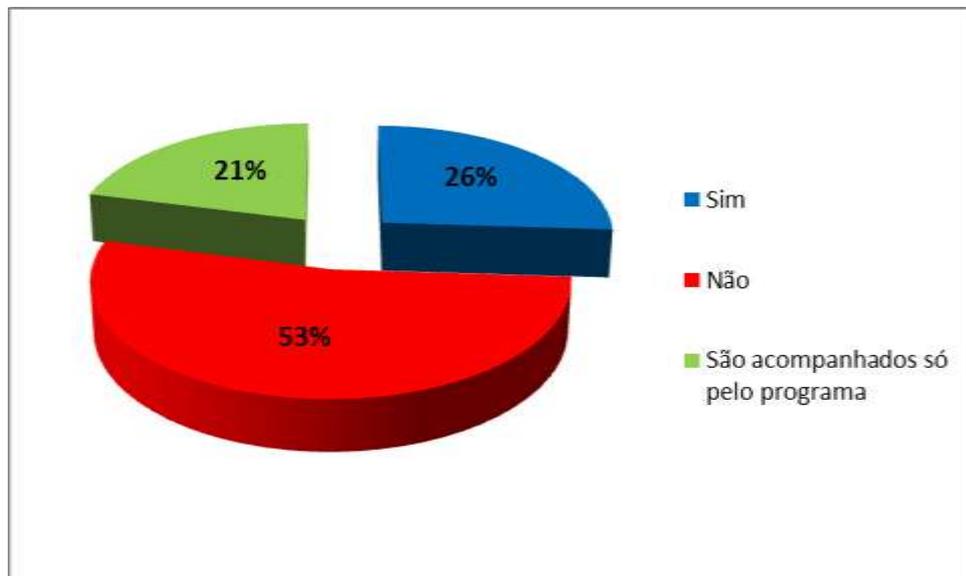


Gráfico 7: Os pacientes que estão cadastrados no serviço de Saúde Mental são acompanhados pela unidade de saúde?
Fonte: Carmo (2015).

O Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass), realça a necessidade de se ampliar a capacitação de gestão e execução de ações nas estratégias de saúde da família, a fim de criar condições necessárias para a incorporação dos conjuntos de conhecimentos necessários para que as equipes de saúde da família realmente mudem sua prática assistencial e promova maior integração com outros níveis e áreas do sistema e isso se chama regulação.

Para tanto, foram realizadas propostas relacionadas as competências das secretarias estaduais e municipais da saúde, como por exemplo, o processo de qualificação e educação permanente de responsabilidade das secretarias estaduais

e municipais de saúde, independentemente do tamanho da população de cada município e criação de formas a garantir a articulação das UBS's da família com o restante da rede assistencial (BRASIL, 2007).

Segundo M.C.F.S. Cândido e A.R.F Furegato (2005), a Opas/OMS vem chamando a atenção para alguns fatores responsáveis pela deficiência na identificação e no manejo dos portadores de transtornos psíquicos, como falta de conhecimento dos profissionais em atividade na rede em qualquer especialidade, falta de destreza clínica, limitação no tempo da consulta para escutar o paciente, falta de apoio especializado para o manejo e referência de pacientes com problemas complexos. Principalmente nos serviços de Atenção Primária, emergências e atendimentos a grupos mais vulneráveis da população, pois nem sempre os profissionais estão preparados para depararem-se com o portador de transtornos mentais e sua sintomatologia.

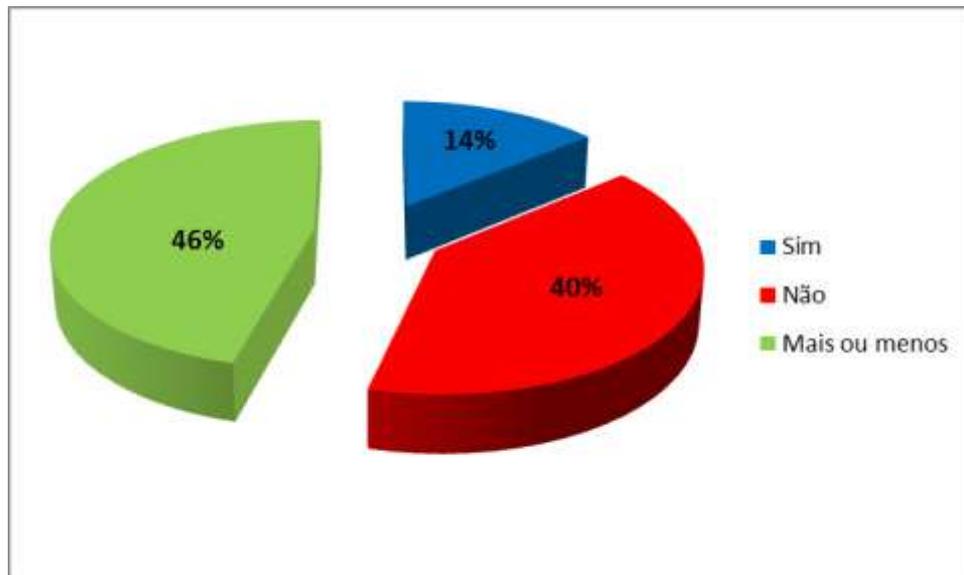


Gráfico 8: Os profissionais de saúde se sentem preparados para atender os pacientes de saúde mental?
Fonte: Carmo (2015).

Evidenciou-se, a partir da literatura e entrevistas, que ao se regular o serviço em saúde mental em prol do número expressivo de pessoas que necessitam do mesmo, emergiria o acesso de forma real e, conseqüentemente, uma maior e melhor qualidade de vida ao usuário dentro de seu território. As famílias dos portadores de transtornos psíquicos, também se privilegiariam, pois sendo eles os “braços

psicológicos” de seus parentes necessitam das USB’s atuando como facilitadores no processo de interação dos doentes com a sua comunidade.

Observou-se na prática, famílias em fragmentação psicológica, por não receberem a acessibilidade em assistência aos serviços necessários, o que acaba por destituí-los, ainda mais, das condições necessárias e até básicas para poderem ajudar os seus.

A saúde mental nos postos de saúde de Aracruz ainda não está sendo pensada de forma coletiva e preventiva, o que faz da mesma, uma saúde evasiva e, muitas vezes, errônea.

As práticas psicológicas desenvolvidas pelos profissionais da área de saúde na atenção primária são incipientes, não funcionando de forma a garantir o acesso dos usuários de saúde mental nas UBS’s do município de Aracruz - ES, não satisfazendo a demanda de modo completo e eficaz em qualquer nível que haja de complexidade que os problemas exigem.

Evidenciou-se que o município de Aracruz não consegue abarcar com eficácia os indivíduos considerados em risco social, nem os cronicamente já adoecidos. O serviço de Saúde Mental não possui normatização que priorize o atendimento de forma necessária e organizada para que os encaminhamentos obedeçam a uma classificação de risco, visto que 80% dos problemas de saúde poderiam ser resolvidos na APS (BRASIL, 2012).

Logo, as práxis desenvolvidas pelos profissionais da atenção primária, são ineficazes devido à inexistência de regulação, onde esta vai da desinformação à falta de ações e desconhecimento das leis, não contribuindo assim, para a garantia do acesso dos usuários que necessitam deste serviço.

Portanto, o impacto social do serviço de saúde mental no município de Aracruz é incipiente, necessitando ser revisto com um olhar mais ético, crítico e urgente, a fim de se cumprir as leis de direito do cidadão aracruzenso.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É perceptível a falta de acesso da população que necessita de atendimento específico para transtornos mentais. Esse problema deve ser salientado com a intenção de mudanças, pois o setor de saúde ainda possui suas deficiências no que tange o atendimento ao usuário.

Após a apresentação panorâmica e análise descritiva sobre saúde mental e regulação do acesso no Sistema Único de Saúde observa-se que algumas questões que permeiam os serviços oferecidos na atenção primária, especificamente, no município de Aracruz, ficaram evidentes problemas no atendimento ao paciente com transtornos mentais.

A pesquisa também confirmou a ocorrência de atendimentos não satisfatórios, agravados ainda pela demora dos mesmos, não satisfazendo a demanda de modo completo e eficaz em qualquer nível de complexidade da saúde mental, estando então, em desacordo com as necessidades dos usuários e suas famílias.

A porta de entrada do usuário no SUS se dá através da atenção primária e, este só terá suas necessidades satisfeitas em qualquer nível de complexidade do problema de saúde se sua acessibilidade acontecer nas UBS's, através do cumprimento das ações em saúde necessárias por parte dos profissionais que lá estão inseridos. Logo, para que estes profissionais estejam em número, especialidade e capacitação de conhecimento em saúde pública e em saúde mental é necessária uma reavaliação das políticas públicas, a fim de que analisemos quais são os pontos de lacuna existentes na regulação do acesso, corrigindo-as enquanto há tempo para que se faça uma saúde com qualidade satisfatória, antes que se instale o caos estrutural. Pois, este acúmulo de erros e deficiências gera uma queda nos índices de cuidados com a saúde que levam o país a continuar com índice de desenvolvimento baixo, frente às estatísticas.

Sendo assim, sugere-se a necessidade urgente de uma capacitação efetiva para os profissionais que atuam na atenção primária em saúde mental. Em suma, este

trabalho enfatiza que a realidade encontrada no serviço de Saúde Mental presente nas UBS's estudadas está muito aquém das expectativas do conceito de saúde estabelecido pela organização mundial de saúde e das pesquisas recentemente publicadas onde se coloca a saúde mental como uma das principais causas de afastamento do trabalho e exclusão social.

A prevenção na saúde pública psíquica atua estruturando e fortalecendo os cidadãos na tentativa de torná-los agentes e atuantes na sociedade, buscando soluções mediante questões conflitantes inerentes a vida de qualquer sujeito, e não optando por buscar caminhos milagrosos, como o uso abusivo de medicações controladas, nem optando pelas fugas como o uso abusivo de álcool e outras drogas, criminalidade, agressividade, ou psicossomatizações que vêm a se cronificar em doenças graves.

Como se estima, uma parte da população mundial necessita de amparo regular em saúde mental, isso devido a vários transtornos. A grandeza dessa situação necessita de uma versatilidade da saúde pública. Além disso, mesmo os que não sofrem de transtornos graves, dependem da consulta, de participação em grupos de orientação e das outras modalidades de atendimentos.

Para futuros estudos e pesquisas seria conveniente pensarmos em um trabalho que inclua a Saúde Mental nos cuidados da atenção Básica que ainda enfrenta uma longa batalha para a compreensão de gestores, governo e sociedade de que as pessoas afetadas por qualquer tipo de transtorno psíquico (psicológicos, neurológicos ou psiquiátricos) necessitam de ter acesso e acolhimento adequado na atenção básica, como qualquer outra pessoa com qualquer outra doença. Pode-se observar que a nível municipal, nem todas as cidades do Brasil têm o psicólogo na atenção primária, pois ainda não rege a lei de que seja obrigatório o profissional nos PSF's. Este vácuo na atenção primária advém da desvalorização deste serviço que ainda não foi considerado que o profissional de psicologia seja parte das equipes de PSF's.

O saber psicológico contribuiu para o atendimento humanizado de todo e qualquer cidadão, mas também na capacidade geradora de formulações e implementações

das políticas. O olhar humanizado do psicólogo é sempre voltado à subjetividade e, esta por sua vez, compreende todos os processos e fenômenos sociais. Assim sendo, este profissional deve ajudar a garantir os direitos dos cidadãos, refletindo uma política pública mais sensibilizada e humanizada.

Atualmente, a ciência psicológica dispõe de instrumentos para a atuação em equipes multidisciplinares, podendo desenvolver atividades tanto individuais quanto com grupos de usuários. Portanto, a promoção e prevenção da saúde mental ocorrerão quando todos os profissionais da atenção primária forem capacitados e trabalharem realmente em equipe, cada um valorizando o que o outro profissional tem para complementar

Como resultado deste processo, podemos apontar a estabilização do quadro clínico e/ ou psíquico do cidadão, sua permanência em seu meio comunitário, a garantia de seu direito de acesso a Rede de Saúde em geral; o fortalecimento dos vínculos entre os cidadãos e as equipes locais, a diminuição dos números gerais de internações psiquiátricas, o fortalecimento da rede intersetorial, a melhora na qualidade de assistência prestada pelas equipes e, conseqüentemente, psicólogos da ESF em saúde mental.

Nesse sentido, avalia-se que construir uma assistência em Saúde Mental junto a atenção primária não é só possível, mas também uma proposta efetiva e resolutive. A maior conquista será, sem dúvida, constatar o aumento de qualidade de vida, da inclusão, de estabilização e da autonomia de nossos usuários. Há a possibilidade de executar com êxito, cuidados de Saúde Mental eficazes.

Esta é uma possibilidade latente em ajudar o SUS, a promover de fato, um novo sujeito, evoluído, co-responsável pelo grupo e/ou sociedade ao qual está inserido, com capacidades maiores de enfrentamento das adversidades.

Entende-se ainda, que para prevenir e tornar a atenção básica porta de entrada para o paciente com distúrbios mentais, tem-se que estruturar o serviço em todos os níveis de atenção começando pela contratação de profissionais capacitados a identificar o paciente no início do seu agravo.

Faz-se necessário compreender definitivamente, a seriedade e a importância da inclusão de profissionais especialistas em saúde mental como o psicólogo para atuar nas equipes básicas de saúde na atenção primária, pois esta é uma das medidas mais importantes para reduzir o número de pacientes encaminhados ao nível secundário da saúde sem necessidade alguma, diminuir os índices alarmantes de pacientes usando remédios controlados sem precisar e acompanhar, verdadeiramente, o paciente de saúde mental em todo o ciclo de sua vida, ou seja, assegurar os direitos adquiridos em lei pelos usuários do SUS.

Para que haja um trabalho adequado em saúde mental, é necessário que cada UBS tenha um psicólogo semanalmente, que poderá atender, fazendo psicoterapia curativa e não apenas acompanhamentos insatisfatórios, devendo obedecer a regulação que prevê trabalhos psicológicos com grupos comunitários e ações preventivas em larga escala.

Este trabalho trouxe uma maior evidência da possibilidade e da necessidade do psicólogo ser incluído na equipe mínima dos PSF's. Isso traria mais credibilidade às estatísticas da OMS, que parecem estar sendo menosprezadas ou ignoradas quando a todo tempo chamam atenção para o aumento acentuado de problemas psíquicos crescentes no mundo.

Observa-se, também, que é necessária a revisão dos indicadores na saúde básica para a saúde mental no município de Aracruz. Pois esta não apresenta nenhum instrumento conclusivo e regulado para termos dados corretos sobre a real notificação de pacientes com transtornos mentais, muito menos instrumentos para medir e orientar os trabalhos operacionais existentes nas UBS's para o usuário com transtorno mental e sua família.

Outra evidência que este trabalho marca é a necessidade da implantação do PACS no município, este, deve ser pactuado urgentemente, pois é a continuidade de tratamento mais eficaz que se tem para os pacientes com transtornos mentais agravados. O serviço de saúde mental que o município de Aracruz tem hoje, não responde nem em acesso, demanda, qualidade e resolução dos agravos em saúde mental.

Chamamos a atenção, para uma revisão, que pode se iniciar no nosso município de acordo com trabalhos intra-setoriais, criação (nível municipal) de instrumentos indicadores na ESF, o que poderia ser pequeno, mas seria uma forma de chamarmos a atenção, comprovando com estatísticas (indicadores), a necessidade de um trabalho mais sério e valorizado sobre os pacientes de saúde mental na atenção primária.

Intencionou-se pela coleta de dados que esta pesquisa obteve por meio de entrevistas, ajudar a colaborar para futuros estudos e até para a formação de projetos sobre regulação e acessibilidade em saúde mental a nível municipal.

Sugeriu-se, ainda, uma reorganização desse atendimento e a criação de um fluxograma, onde o indivíduo será acolhido, cuidado e orientado de forma consciente e organizada, produzindo na atenção básica, a saúde de fato.

Supondo ainda que a consequência desta micro regulação será capaz proporcionalmente a um trabalho de base bem realizado, reduzir os enormes gastos que governo e municípios tem para alimentar a dependência abusiva e indiscriminada de drogas controladas, afinal é na saúde básica que são distribuídas receitas controladas sem tratamento eficaz de fato que visa à cura e prevenção.

Através de um acolhimento consciente por parte de todos os profissionais da atenção básica para com os pacientes de saúde mental, que se pode impedir o agravamento e a cronificação do transtornos psíquicos, sendo os mesmos, de qualquer ordem ou gravidade.

Enfim, a psicologia contribui na inclusão e reintegração do paciente com transtornos mentais em sua comunidade e/ ou sociedade e família, pois esses são fatores muito importantes para a recuperação e qualidade de vida dos mesmos. Logo, a mudança do olhar sobre esta ciência é também uma forma de se regular o acesso.

6 REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A.L.. **Atenção Primária e o Processo de Trabalho em Saúde**. Informe-se em promoção de saúde, v. 3, n.1, p. 1- 3, 2007. Disponível em: <www.uff.br/promocaodasaude/ana.pdf>. Acesso em 5. out. 2014.

ALMEIDA, Célia et al. **A reforma sanitária brasileira: em busca da equidade**. Pesquisa em Saúde Pública. Documentos técnicos. OPAS: Washington, D.C, 1999.

ALVES, H.; KESSLER, F.; RATTO, L.R.C. Comorbidade: uso de álcool e outros transtornos psiquiátricos. **Rev. Bras. Psiquiatr.** [online]. 2004, vol.26, suppl.1, pp. 51-53. ISSN 1516-4446. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000500013>. Acesso em 2. set. 2014.

AMARANTE, P. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: P. Amarante (Org.). **Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003.

ANDRADE; L.H.; VIANA, M.C.; SILVEIRA, C.M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Rev. Psiq. Clín.** 33 (2); 43-54, 2006.

ARRETCHE, M. Política da Política da Saúde no Brasil. In: LIMA, N. T. et al., (org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

ARZABE, P.H.M. **Pobreza, exclusão social e direitos humanos: o papel do Estado**. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br>>. ISBN. Acesso em 14. set. 2014.

ASSIS, Francisco; VASCONCELOS, Guedes de. **Avaliação Nutricional de Coletividades**. 4. ed. Florianópolis: UFSC, 2008. p. 51-56.

BARRETO, S.M. et al. Análise da estratégia global para alimentação, atividade física e saúde, da Organização Mundial da Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 14 nº 1. p. 41-68. 2005. Disponível em <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v14n1/v14n1a05.pdf>>. Acesso em 12. set. 2014.

BARROS, A. J. P.; LEHFELD, N. A. S. **Projeto de pesquisa: propostas metodológicas**. Petrópolis: Vozes, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: documento para discussão. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS**: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, Janeiro de 2007.

_____. Ministério da Saúde. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, seção 1.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno de textos**. In: III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: 2001.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)** : uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde: **Conheça a história do SUS**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=497>. Acesso em 10. jan. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 399/GM/NS de 22 de fevereiro de 2006**. Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de>>

apoio/legislacao/saude/portarias/ portaria _MS _399.2006>. Acesso em 10. jan. de 2015.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em 24. mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 1559/GM/NS de 01 de agosto de 2008.** Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude/portarias/ portaria _MS _399.2006>. Acesso em 12. set. 2014.

BRAVO, M.I.S; PEREIRA, P.A.P. **Política social e democracia.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

CANDIDO, M. C. F. S.; FUREGATO, A. R. F. **Atenção da enfermagem ao portador de transtorno depressivo:** uma reflexão. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.). v. 1, n. 2. Ribeirão Preto: 2005.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de Saúde no Brasil:** participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 2001.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social.** *Physis*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004.

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS DE DIREITO SANITÁRIO (CEPEDISA). **Regulação sobre Saúde Mental no Brasil e suas implicações para os serviços de psicologia na Saúde Suplementar.** Universidade de São Paulo, 2009.

CERCHIARI, Ednéia Albino Nunes; CAETANO, Dorgival; FACCENDA, Odival. Prevalência de transtornos mentais menores em estudantes universitários. **Estud. psicol.** (Natal) [online]. 2005, vol.10, n.3, pp. 413-420. ISSN 1413-294X. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2005000300010>. Acesso em 16. jul. 2014.

CHAIMOWICZ, Flávio. **A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas.** Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101997000200014&script=sci_arttext>. Acesso em 14. fev. 2015

CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO (CID-10): **Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. Coord. Organiz. Mund. da Saúde; tradução Dorgival Caetano-Porto Alegre Artes Médicas, 1993.

COHN, A. **Os governos municipais e as políticas sociais**. São Paulo: Cortez, 1998.

COLVERO, .L.A.; IDE, C.A.C.; ROLIM, M.A. **Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença**. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2004, vol.38, n.2, pp. 197-205. ISSN 0080-6234. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S1647-21602011000100008&script=sci_arttext>. Acesso em 19. set. 2014.

CONASS. **Conselho Nacional dos Secretários de Saúde**. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/>>. Acesso no período de julho a setembro de 2015.

CONCER, G. S. **Perfil epidemiológico dos transtornos mentais e comportamentais nos municípios da microrregião de Criciúma/SC**. Monografia apresentada à Diretoria de Pós-Graduação da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, para a obtenção do título de Especialista em Saúde Mental. Disponível em: <<http://repositorio.unesc.net/handle/1/807>>. Acesso em 22. set. 2014.

COSTA, M.S. **Saúde e educação na Atenção Primária Ocular: um olhar de cidadania**. Dissertação de Mestrado. 2010. Disponível em: <<http://revista.unopar.br/biologicaesaude/revistaBiologicas/getArtigo?codigo=00001417>>. Acesso em 23. set. 2014.

COSTA, S.D. et al. **Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional**. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2004, vol.38, n.2, pp. 284-291. ISSN 0034-8910. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n2/19790.pdf>>. Acesso em 28. set. 2014.

DIMENSTEIN, Magda; SANTOS, Yalle Fernandes dos; BRITO, Monique; SEVERO, Ana Kalliny; MORAES, Clariana. *Mental* v.3 n.5 Barbacena nov. 2005. **Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família**. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1679-44272005000200003&script=sci_arttext>. Acesso em 21. fev. 2015.

DSM. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 2015. Disponível em:<<http://psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>>. Acesso em 14. jan. 2015.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. Informe técnico-institucional. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**. n. 04

v.3, jan. - mar., 2003, p. 113-125. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n3/a12v04n3.pdf>> Acesso em 29. set. 2014.

FONSECA, M.L.L.G.; GUIMARÃES, M.B.L.; VASCONCELOS, E.M. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v. 11, n. 3, p. 285-294, jul./set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000148&pid=S1413-8123201100130001300025&lng=es>. Acesso em 26. set. 2014.

FRANCA, I. G. Reflexões acerca da implantação e funcionamento de um plantão de emergência em saúde mental. **Psicol. cienc. prof.** v. 25, n. 1. Brasília: 2005.

FRANKEN, Ieda. COUTINHO, Maria da Penha de Lima Coutinho. RAMOS, Maria Natália Pereira. **Representações Sociais, Saúde Mental e Imigração Internacional**. Psicologia: ciência e profissão, 2012, 32 (1), 202-219. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v32n1/v32n1a15.pdf>>. Acesso em 20. jan.2015.
FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Regulação da assistência à saúde: o caso de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2005.

GALLUCCI NETO, J.; MARCHETTI, Renato Luiz. **Aspectos epidemiológicos e relevância dos transtornos mentais associados à epilepsia**. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 2005, vol.27, n.4, pp. 323-328. ISSN 1516-4446.

GELDER, M.G.; MAYOU, R.; GEDDES, J. **Psiquiatria**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOLDBERG Davi P. HUXLEY Peter. *Common mental disorders - A bio-social model*. London: Routledge; 1992. Disponível em: <<http://psycnet.apa.org/psycinfo/1992-97161-000>> Acesso em 22. fev. 2014.

GONÇALVES A.M.; SENA R.R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **RevLatino-am Enfermagem** 2001 março; 9 (2): 48-5. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 02. set. 2014.

GONÇALVES, C.A.V; MACHADO. **Depressão, o mal do século: de que século?** R Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2007 abr/jun; 15(2):298-304. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a22.pdf>>. Acesso em 12. jul. 2014.

GONCALVES, D.M.I; KAPCZINSKI, F. **Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2008, vol.24, n.9, pp. 2043-2053. ISSN 0102-311X. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n9/10.pdf>>. Acesso em 03. set. 2014.

GUEDES, R.A.P. As estratégias de prevenção em saúde ocular no âmbito da saúde coletiva e da Atenção Primária à Saúde – APS. **Revista APS**, v.10, n.1, p. 66-73, jan./jun. 2007.

HOLMES, D.S. **Psicologia dos transtornos mentais.** 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

KAPCZINSKI, F.; QUEVEDO, J. (Orgs.). Transtorno Bipolar: **Teoria e Clínica.** Porto Alegre: Artmed, 2009, p. 128-44.

LOBOSQUE, A. M. CAPS: Laços Sociais. *In: Revista de Saúde Mental e Subjetividade da UNIPAC.* v.5. n.8. Barbacena: 2007. Disponível em< <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/420/42050804/42050804.html>>. Acesso em 12 jul 2012

LUDERMIR, A.B. Desigualdades de Classe e Gênero e Saúde Mental nas Cidades. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.18. n.3. p. 451-467, 2008.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. **Regulação assistencial:** a busca de novas ferramentas no SUS para enfrentar o desafio de garantir a assistência com equidade. *Pensar BH - Política Social.* Secretaria Municipal de Coordenação de Política Social. nº 2. Belo Horizonte: 2002.

MAIA, L.C.; DURANTE, A.M.G.; RAMOS, L.R. Prevalência de transtornos mentais em área urbana no norte de Minas Gerais, Brasil. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2004, vol.38, n.5, pp. 650-656. ISSN 0034-891.

MALIK, A.M.; TELES, J.P. **Qualidade em saúde.** São Paulo, EAESP–FGV/NPP, 2000.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. Integralidade e construção de novas profissões no cotidiano dos serviços substitutivos de saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional**, v. 17, n.3, set-dez, 2006.

MARAGNO, L. et al . Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852011000300012>. Acesso em 14. set. 2014.

MARINHO, A. **Hospitais Universitários: indicadores de utilização e análise de eficiência**. Texto para Discussão/IPEA. Rio de Janeiro, n. 833, 2001.

MARTINS, Cristina. **Avaliação do Estado Nutricional e diagnóstico**. 1. ed. Paraná: Nutroclínica, 2008. p. 44- 231.

MENDES, E. V. – **Os sistemas de serviço de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre as organizações complexas** – Fortaleza: ESPC, 2002.

_____. **Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. Disponível em: <www.uff.br/promocaodasaude/ana.pdf>. Acesso em 19. set. 2014.

MELO, P. H. F. **O processo de regulação da assistência suplementar no Brasil**. Rio de Janeiro: IMT, 2003.

MESQUITA, J. F. Quem disse que lugar de louco é no hospício? Um estudo sobre os serviços residenciais terapêuticos. **XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP**, Caxambu (MG), outubro de 2008.

MESQUITA, J.F; NOVELLINO, MS.F; CAVALCANTI, M.T. **A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Um novo olhar sobre o paradigma da saúde mental**.2008. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs_pdf/eixo_4/abep2010_2526.pdf>. Acesso em 20. set. 2014.

MINAYO, M. C. S, org. **Pesquisa Social**. Petrópolis: Vozes, 1994.

MIRANDA, F. A. et al. Saúde mental, trabalho e aposentadoria: focalizando a alienação mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 62(5), 711-716, 2009.

NASCIMENTO A.F; GALVANESE A.T.C. Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP. **Rev Saúde Pública** 2009;43(Supl. 1):8-15.

NICASTRI, S.; RAMOS, S.P.. **Prevenção do uso de drogas**. J. Bras. Dep. Química, v.2, supl.1, p.25-29 2001.

NORONHA, M.F. **Classificação de hospitalizações em Ribeirão Preto**. São Paulo: FSP – USP, 2001 (Tese de Doutorado).

NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. Rio de Janeiro: **Cad. Saúde Pública**, 2007.

OLIVEIRA, M. M. C. **Presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre os serviços de atenção primária em Porto Alegre**: uma análise agregada. Dissertação de mestrado, 2007. Disponível em: <www.bibliotecadigital.ufrgs.br>. Acesso em 11. set. 2014.

ONOCKO-CAMPOS, R.T.; FURTADO, J.P. **Entre a saúde coletiva e a saúde mental**: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. Caderno de Saúde Pública, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10. Disponível em: <www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.ht>. Acesso em 12. nov. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001**: saúde mental - nova concepção, nova esperança. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2001.

ROCCA, C.C.A.; LAFER, B. Neuropsicologia do Transtorno Bipolar. In: FUENTES, D.; MALLOY-DINIZ, L.; CAMARGO, C. H.; CONSENZA, R. M. (Orgs.). **Neuropsicologia**: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed, 2008, p. 265-76.

ROCHA, GEILA A.; ROCHA, EDMUNDO J. M.; MARTINS, CECI V. **Hospitalização**: efeito sobre o estado nutricional em crianças. Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v.82 n.1, p. 70-74, 2006.

ROCHA, S.V.; ALMEIDA, M.M.G.; ARAUJO, T.M.; VIRTUOSO JUNIOR, J.S. **Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia**. *Rev. bras. epidemiol.* [online]. 2010, vol.13, n.4, pp. 630-640. ISSN 1415-790X.

SANTOS, A.M.; ASSIS, M.M.A. Rede de relações dos protagonistas da prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas-Bahia. **R. Baiana Saúde Públ.** Salvador, v. 29, n. 2, p. 313-325, 2005.

SANTOS, E.G.; SIQUEIRA, M.M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **J. bras. psiquiatr.** [online]. 2010, vol.59, n.3, pp. 238-246. ISSN 0047-2085.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. Saúde mental. In: **Diretrizes de saúde da Pessoa Idosa.** 1 ed. Vitória: 2008.

SILVA, A. L. A.; FONSECA, R. M. G. S. da. Processo de trabalho em saúde mental e o campo da atenção psicossocial. **Revista Latino-Americano de Enfermagem**, v. 13, n. 3, 2005.

SILVEIRA, D. P; VIEIRA, A. L. S. **Saúde Mental e atenção básica a saúde:** análise de uma experiência no nível local. **Ciênc. Saúde coletiva.** v.14, n.1. Rio de Janeiro: 2009.

SOLOMON, A. **O demônio do meio-dia.** Rio de Janeiro: Objetiva, 2002.

SOUZA, S. S.; PELICION I, M. C. F.; PEREIRA, I. M. T. B. A vigilância sanitária de alimentos como instrumento de promoção de saúde. **Higiene Alimentar**, São Paulo, v. 17, n. 113, p. 33-37, out. 2003.

SOUZA, R. R. **O sistema público de saúde brasileiro.** Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas, São Paulo: 2002.

TENG, C.; HUMES, E.C.; DEMÉTRIO, F.N. Depressão e omorbidades clínicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo v. 32, n.3, p. 149-159, 2005.

TEIXEIRA, F. C.; PAIM, S. J.; VILASBOAS, L. A. **SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde.** In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 4. livro8.indd 226 2/21/aaaa 10:18:18. Atenção Primária e Promoção da Saúde 227

TENÓRIO, F. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos.** Hist. cienc. saude-Manguinhos [online]. 2002, vol.9, n.1, pp. 25-59. ISSN 0104-5970. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702002000100003>>. Acesso em jun. 2014.

TORQUATO, Gilmar. **O uso abusivo de remédios controlados.** Disponível em:

<<http://www.lersaude.com.br/o-uso-abusivo-de-remedios-controlados>>. Acesso em: 01. fev. 2013.

TORRES, A.R.; SMAIRA, S.I. **Quadro clínico do transtorno obsessivo-compulsivo**. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 2001, vol.23, suppl.2, pp. 6-9. ISSN 1516-4446.

VASCONCELLOS, M. P. C. Reflexões sobre a saúde da família. In: Mendes, E. V. org. **A organização da saúde no nível local**. São Paulo, Editora HUCITEC, 1998.

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO



**FACULDADE VALE DO CRICARÉ – FVC – MESTRADO
PROFISSIONAL EM GESTÃO SOCIAL, EDUCAÇÃO E DESENVOLVIMENTO
REGIONAL**

Pesquisa de Mestrado: Regulação do Acesso na Atenção Primária: Uma perspectiva para saúde mental no município de Aracruz - ES

Este questionário será aplicado nos profissionais das Unidades de Saúde básica (UBS) da Estratégia de Saúde da Família (ESF), como parte da pesquisa no Mestrado Profissional em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional da aluna Simone Maria Dias do Carmo, mestranda da Faculdade Vale do Cricaré (FVC) tendo como tema Regulação do acesso na Atenção Primária: uma perspectiva para a saúde mental no município de Aracruz - ES.

O objetivo da pesquisa é verificar os impactos que a inexistência de instrumentos e mecanismos regulatórios de acesso ao serviço mental causam aos usuários atendidos pela Atenção Primária em Aracruz - ES.

As respostas deverão fornecer dados importantes para melhorar a qualidade do serviço mental a rede do sistema Único de Saúde. Por isso, é de grande importância que os profissionais das Unidade Básicas de Saúde, participem e com os quais contamos com a colaboração, além da Prefeitura Municipal de Aracruz e seus Gestores. No preenchimento do questionário, o entrevistado deve optar por apenas uma resposta, marcando um X na questão escolhida.

Não é necessário se identificar. Desde já agradecemos por sua participação.

Atenciosamente,

Simone Maria Dias Do Carmo

Pesquisa para profissionais da atenção primária à saúde do Município de Aracruz - ES

As respostas desta pesquisa terão a pretensão de fornecer dados importantes para melhorar a qualidade do serviço de saúde mental do município de Aracruz,

Sendo esse estudo, parte da pesquisa de Mestrado Profissional em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional da mestrandia Simone Maria Dias Do Carmo, no qual visa contribuir com a profissionalização do setor da saúde e desenvolvimento profissional. Por isso, é de grande importância que os profissionais da atenção primária, participem, e com os quais contamos com a colaboração, além da Prefeitura Municipal de Aracruz para realização dessa pesquisa.

Não é necessário se identificar.

Desde já agradecemos por sua participação.

Questionário aplicado aos profissionais antes da intervenção

1) Você tem conhecimento do número de pessoas com transtorno de saúde mental do Município de Aracruz?

Sim

Não

2) Você entende o que é Regulação do Acesso?

Sim

Não

3) Quando você recebe um usuário, como define se é um paciente de Saúde Mental?

Pela queixa e sua sintomatologia.

Pela medicação que utiliza, pelo comportamento.

Pelo seu comportamento, pela medicação, pelo sinais e sintomas.

Pela queixa, sintomatologia, discurso e comportamento.

4) Qual a importância da Regulação do Acesso para o usuário de Saúde Mental, na atenção primária a saúde.

Organizar o processo de trabalho

Garantir o ingresso e o acesso do cidadão no sistema de saúde

Acompanhar o indivíduo em todos os níveis de atenção (primário secundário e terciário) e em toda a sua vida?

Todas as alternativas acima estão corretas.

5) Em caso do paciente apresentar surto, qual o procedimento adotado?

Atendido na Unidade de Saúde

Encaminhado ao serviço de saúde mental

Encaminhado ao Hospital Municipal

Não tem para onde encaminhar

Ligar para os serviços de chamada emergencial

6) Que instrumentos de organização/gestão que a sua Unidade utiliza para acompanhar os usuários de Saúde Mental?

Nenhum

Somente o prontuário

Livro de registro

Ficha A (SIAB)

7) Os pacientes que estão cadastrados no Serviço de Saúde Mental são acompanhados pela Unidade de saúde?

Sim

Não

São acompanhados só pelo Programa

8) Os profissionais de saúde se sentem preparados para atender esses pacientes?

Sim

Não

Mais ou Menos

APÊNDICE B – FOTOS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ARACRUZ QUE FORAM ESTUDADAS NO TRABALHO



Fotografia 1: Unidade Básica Bela Vista – município de Aracruz – ES.



Fotografia 2: Unidade de Saúde Guaxindiba - Município de Aracruz – ES.



Fotografia 3: Unidade Básica Vila Rica – Município de Aracruz – ES.



Fotografia 4: Unidade Básica Posto de atendimento Morobá – Município de Aracruz – ES.



Fotografia 5: Unidade Básica Barra do Riacho – Município de Aracruz – ES.



Fotografia 6: Unidade Básica CAIC – bairro de Fátima – Município de Aracruz – ES.



Fotografia 7: Unidade Básica Coqueiral – Município de Aracruz – ES.



Fotografia 8: Unidade Básica Coqueiral – Município de Aracruz – ES.



Fotografia 9: Unidade de Atendimento da Saúde Mental.



Fotografia 10: Recepção da Unidade de atendimento – Saúde Mental.



Fotografia 11: Profissionais da Saúde Mental.

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**FACULDADE VALE DO CRICARÉ – FVC – MESTRADO
PROFISSIONAL EM GESTÃO SOCIAL, EDUCAÇÃO E DESENVOLVIMENTO
REGIONAL**

PESQUISA DE MESTRADO: REGULAÇÃO DO ACESSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA PERSPECTIVA PARA SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE ARACRUZ-ES

Este documento visa solicitar sua participação no Projeto de Pesquisa, que tem como objetivo criar uma perspectiva de Regulação do Acesso de Saúde Mental no Município de Aracruz.

Por intermédio deste Termo lhes são garantido os seguintes direitos:

- (1) Solicitar a qualquer tempo, maiores esclarecimentos sobre esta pesquisa;
- (2) Ampla possibilidade de negar-se a responder a quaisquer questões ou a fornecer informações que julguem prejudiciais à sua integridade física, moral e social;
- (3) Desistir a qualquer tempo, de participar da pesquisa.

“Declaro estar ciente das informações contidas neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e entender que serei resguardado pelo sigilo absoluto de meus dados pessoais e de minha participação na Pesquisa. Poderei pedir, a qualquer tempo, maiores esclarecimentos sobre esta Pesquisa; recusar a dar informação que julgue prejudiciais a minha pessoa, solicitar a não inclusão em documentos de quaisquer espécie.

Fico ciente também de que uma cópia deste termo permanecerá arquivada com o responsável por esta Pesquisa.

Aracruz, ----- de----- de 2015.