UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO - USP

ANA PAULA SALOMÉ UTIMATI

**Assistência em saúde mental nas unidades de saúde de Ribeirão
Preto: caracterização do fluxo de demandas**

Ribeirão Preto
2014

ANA PAULA SALOMÉ UTIMATI

**Assistência em saúde mental nas unidades de saúde de Ribeirão
Preto: caracterização do fluxo de demandas**

Dissertação apresentado à Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de
São Paulo (FMRP – USP) para obtenção do
título de Mestre em Saúde Coletiva.
Área de concentração: Saúde na Comunidade.
Orientadora: Prof^a. Dr^a Maria do Carmo
Guimarães Caccia-Bava.

Ribeirão Preto
2014

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.

UTIMATI, Ana Paula Salomé

Assistência em saúde mental nas Unidades de saúde de
Ribeirão Preto: caracterização do fluxo de demandas / Ana Paula
Salomé Utimati; orientadora Maria do Carmo G. G. Caccia-Bava.
Ribeirão Preto, 2014.

126 f. : Il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, 2014.

1. Saúde Mental 2. Sistema de saúde 3. Assistência

Nome: UTIMATI, Ana Paula Salomé

: Assistência em saúde mental nas Unidades de saúde de Ribeirão Preto:
caracterização do fluxo de demandas

Dissertação apresentado à Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto da Univerdade
de São Paula (FMRP – USP) para
obtenção do título de Mestre em Saúde
Coletiva.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição : _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição : _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição : _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha mãe que está sempre ao meu lado, me apoiando, me fortalecendo e acreditando nos meus propósitos.

Ao meu pai (em memória) que não pode compartilhar esta concretização mas sempre me incentivou e acreditou nos meus sonhos.

À minha avó e aos meus irmãos Daniel e Rafael que estão sempre ao meu lado nos momentos mais importantes da minha vida.

Ao Wilson, meu companheiro, que me compreende e caminha ao meu lado nas alegrias e adversidades do dia a dia.

AGRADECIMENTOS

À Maria do Carmo, minha orientadora, que com seu conhecimento, equilíbrio e carinho contribuiu para esse trabalho com muita disponibilidade e dedicação.

Às “eternas vizinhas” que me acompanharam na trajetória desse trabalho. Obrigada por todos os momentos compartilhados.

À Flávia, que com seu exemplo, sempre inspirou minhas escolhas e sempre tem uma palavra de afeto a compartilhar.

À todos os docentes do Departamento de Medicina Social, com os quais tive oportunidade de conviver e aprender sempre mais.

À Paula e ao Sérgio que sempre nos ajudaram quando mais precisamos.

Aos colegas de trabalho, que sempre me apoiaram e compreenderam muitas vezes o estresse do dia a dia.

Ao Wilson, por fazer parte da minha vida e sempre me apoiar e acreditar em tudo que desejo.

À minha cunhada Maria Carolina que nos presenteou com nosso mais precioso presente e soube compreender minha ausência durante a finalização desse trabalho.

“Tudo que existe e vive precisa ser cuidado para continuar existindo. Uma planta, uma criança, um idoso, o planeta Terra. Tudo o que vive precisa ser alimentado. Assim, o cuidado, a essência da vida humana, precisa ser continuamente alimentado. O cuidado vive do amor, da ternura, da carícia e da convivência”.

(BOFF, 1999)

RESUMO

UTIMATI, A.P.S. **Assistência em saúde mental nas unidades de saúde de Ribeirão Preto: caracterização do fluxo de demandas.** 2014. 126

-

, 2014.

As políticas de Saúde Mental, hoje, são resultado do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, iniciado no final da década de 70, paralelamente ao processo de formação do SUS, com o objetivo de possibilitar a reconstrução da cidadania e dos direitos humanos e sociais do sujeito em sofrimento mental. Embora as mudanças sejam significativas desde o paradigma hospitalocêntrico ao modelo atual, os desafios da saúde mental ainda são muitos. Existe escassa discussão teórica e análise crítica acerca das tentativas de implantar ações de saúde mental na atenção básica, e insuficiente reflexão e mudança de práticas, o que torna relevante identificar a organização da atenção à saúde mental em rede, de forma a vislumbrar melhorias do trabalho na comunidade, com vistas à promoção, prevenção e suporte mais efetivo às demandas relacionadas à política de saúde mental. O presente trabalho objetiva, pela abordagem quantitativa, descrever a assistência em Saúde Mental realizada em um município do interior do estado de São Paulo, apresentando a maneira como estão distribuídos os cuidados, e identificar sinais de desassistência em saúde mental nesse município. Trata-se de um estudo descritivo sobre gestão do cuidado na saúde mental, de corte transversal, no qual foi realizada também uma análise qualitativa dos conteúdos obtidos nas entrevistas com profissionais de todos os serviços integrantes da rede assistencial. O estudo foi desenvolvido em 57 unidades de Unidades de Saúde do Município de Ribeirão Preto, sendo 45 estabelecimentos da rede de Atenção Primária, sete da rede especializada em assistência em Saúde Mental, e cinco serviços de assistência hospitalar. Além disso, participaram do estudo duas clínicas escola vinculadas ao curso de graduação em psicologia. Participaram dessa pesquisa 56 profissionais e dois coordenadores de clínicas escola responsáveis pelas unidades pesquisadas. Para coleta de dados foi utilizada uma entrevista semiestruturada que possibilitou a caracterização das Unidades de Saúde e seus fluxos assistenciais. A análise dos dados valeu-se da estatística descritiva e da análise de conteúdos qualitativos, *caracterizando as unidades de saúde e os profissionais entrevistados*. Foram, assim, construídas as seguintes categorias: 1 - *Modalidade de atendimento em Saúde Mental*; 2 - *Problemas para continuidade do tratamento após encaminhamento e/ou contra referência*; 3 - *Suporte/ Matriciamento/Supervisão profissional da Saúde Mental na Atenção Básica*; 4 - *Gestão e fluxo de encaminhamentos*; 5 - *Contra referência*; 6 - *A desassistência em saúde mental*; e para finalizar, 7 - *Dificuldades do Sistema para desenvolvimento do fluxo assistencial em Saúde Mental*. Foram apontadas as dificuldades e facilidades para a consolidação da rede assistencial em saúde mental. O conhecimento dessa rede poderá servir para o aprimoramento da gestão dos fluxos de maneira mais efetiva e pertinente ao atendimento qualificado dos usuários.

Palavras-chaves: Saúde Mental, sistema de saúde, assistência.

ABSTRACT

UTIMATI, A.P.S. **Mental health care in health units of Ribeirao Preto: characterization of demands.** 2014. 126 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, 2014.

The mental health policies are a result of the Brazilian Psychiatric Reform process initiated in the late 70s, parallel with the process of formation of SUS, with the goal of enabling the reconstruction of citizenship and human and social rights of the subject in mental distress. Although the changes are significant to hospitalocentric paradigm to the current model, the mental health challenges are still many. There is little theoretical discussion and critical analysis of attempt to deploy the mental health services in primary care, which gives little thought and practice change. Thus, describing the organization of mental health care network could provide new directions that improvements in community work for the promotion, prevention and more effective support for the cases identified as demands related to mental health policy, whereas many studies highlight the lack of assistance in the field of mental health. Therefore, this study aims to describe the care in Mental Health in city the state of Sao Paulo and present a reflection on the way they are distributed in mental health care systems in this municipality. This is a descriptive study of managed care in mental health , cross-sectional , in which he also performed a qualitative analysis of content obtained through interviews with professionals from all members of the healthcare services network. The study was conducted in 57 units of health units in the city of Ribeirao Preto, with 45 establishments in the Primary Care Network, seven network specializing in mental health care , and five servings of hospital care . In addition, two clinics linked to the undergraduate program in school psychology participated in the study. 56 professionals participated in this study and two coordinators responsible for school clinics surveyed units. For collection of data as semi-structured interview which allowed the characterization of Health Units and their care flows was used. Data analysis drew on the descriptive statistics and qualitative content analysis, characterizing the health units and the respondents . Were thus constructed the following categories: 1 - Modality care in Mental Health ; 2 - Issues for continuing care after referral and / or against reference ; 3 - Support / Professional Supervision of Mental Health in Primary Care ; 4 - Management and flow of referrals ; 5 - Contra reference ; 6 - The lack of assistance in mental health ; and finally, 7 - Difficulties of the System for development assistance flow in Mental Health . Difficulties and facilities for the consolidation of mental health care network were identified. Knowledge of this network could serve to improve the flow management more effective and relevant to qualified service users way.

Keywords: Mental Health, health care, assistance.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Unidades de Atenção Básica do município pesquisado	39
Tabela 2 - Unidades de atenção especializada em saúde mental do município de estudo	40
Tabela 3 - Unidades de Assistência Hospitalar	40
Tabela 4 - Caracterização da amostra, de acordo com o tempo que prestam assistência em saúde	47
Tabela 5 - Caracterização dos representantes das unidades de assistência e clínicas escola	49

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Tipos de unidades de saúde que participaram da pesquisa.	45
Gráfico 2 - Unidades de saúde de acordo com a modalidade de assistência prestada.	46
Gráfico 3 - Quantidade de profissionais especialistas em saúde mental, por distrito de saúde.	50
Gráfico 4 - Categorias dos profissionais especializados em saúde mental, na Atenção Básica	51
Gráfico 5 - Serviços de referência em saúde mental que recebem encaminhamentos da AB.	74
Gráfico 6 - Encaminhamentos e contra referências de unidades especializadas para outros serviços.	76
Gráfico 7 – Encaminhamento e/ou contra referência de unidades hospitalares para outros serviços.	77
Gráfico 8 – Encaminhamento das clínicas escola para outros serviços de assistência em S.M.	78
Gráfico 9 - Unidades que realizam contra referências.	78
Gráfico 10 – Unidades que recebem contra referência	79

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
BAC	Bases de Apoio Comunitário
CAEERP	Centro de Atividades Educacionais Especializadas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e drogas
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMSC	Centro Médico Social Comunitário
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Estado de Saúde
CSE	Centro de Saúde Escola
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HCFMRP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HD	Hospital – dia
HST	Hospital Santa Tereza
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB	Normas Operacionais Básicas
NSM	Núcleo de Saúde Mental
PAM	Posto de Atendimento Médico
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBDS	Unidade Básica e Distrital de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	REVISÃO DA LITERATURA	21
2.1	Reforma Psiquiátrica e Políticas Públicas de Saúde	21
2.2	Redes de Atenção à Saúde e a Atenção Primária à Saúde no SUS	23
2.3	Níveis de Atenção à Saúde	26
2.4	Construção das redes na Assistência em Saúde Mental	28
2.5	Saúde Mental em Ribeirão Preto	29
3	JUSTIFICATIVA	33
4	OBJETIVOS	35
4.1	Objetivo geral	
4.2	Objetivos específicos	
5	MÉTODO	37
5.1	Delineamento do estudo	37
5.2	Campo do estudo	37
5.3	Local do estudo	38
5.4	Participantes	41
5.5	Instrumentos	41
5.6	Aspectos Éticos	42
5.7	Procedimentos de coleta de dados	42
5.8	Análise dos dados	43
6	RESULTADOS	45
7	DISCUSSÃO	101
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
	REFERÊNCIAS	109
	APÊNDICES	
	Apêndice A – Entrevista	
	Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	

1 INTRODUÇÃO

Ao observarmos a atual estruturação das Políticas de Saúde em nosso país, faz-se necessário refletir sobre os movimentos que levaram a atual configuração do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Constituição Federal de 1988 consolida a saúde como direito de todos e como dever do Estado, o qual deve possibilitar a efetivação da política de saúde, que se organiza como uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada com direção única em cada esfera do governo e sob controle dos seus usuários (BRASIL, 1990).

Anterior à Constituição Federal de 1988, o sistema previdenciário era o principal responsável pela assistência médica, então restrita apenas aos contribuintes, configurando-se como um modelo de Seguro Saúde. A assistência em saúde passou por períodos de transformação acompanhando os movimentos políticos e econômicos, com grande efervescência do movimento social pró-mudanças na Saúde, denominado de Reforma Sanitária (TEIXEIRA; MENDONÇA, 1989).

Segundo a Cartilha da Secretaria Executiva (Ministério da Saúde), foi baseando-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, no ápice do movimento pela reforma sanitária e nas experiências reveladoras da precariedade da saúde pública nas últimas décadas, que a Constituição de 1988 estabeleceu aspectos muito importantes no âmbito da saúde (BRASIL, 2000).

Ocorreram também influências de movimentos onde discutia-se a ampliação do conceito de saúde. Como exemplo, a Declaração de Alma – Ata e a Carta de Ottawa, como referências anteriores e diretamente ligadas à elaboração e constituição do SUS (MENDES, 2004; LOPES, 2010).

Diante disso, as políticas de saúde do SUS, estão fundamentadas no conceito ampliado de saúde, que ultrapassa a ideia de ausência de problemas biológicos e incorpora vários fatores determinantes como, por exemplo, o meio físico (condições geográficas, água, alimentação, habitação, etc.); o meio sócio-econômico e cultural (ocupação, renda, educação, etc.); os fatores biológicos (idade, sexo, herança genética, etc.); e a oportunidade de acesso aos serviços que visem a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2009).

Com essa nova perspectiva, torna-se necessário perceber que, para cuidar da saúde de uma população, são necessárias políticas governamentais integradas que visem ações articuladas em diversos setores, tais como, educação, assistência social, meio ambiente, lazer, esporte e cultura, ou seja, políticas que se desenvolvam fundamentadas no princípio da intersetorialidade, rumo à construção de objetivos buscando resgatar o sentido de integralidade e transversalidade presente na ideia de sistemas e redes de proteção social (MONNERAT; SOUZA, 2011)

Contudo, pensar o trabalho em saúde pública de acordo com as diretrizes do SUS e o conceito ampliado de saúde, nos leva a refletir sobre um trabalho com o enfoque nas ações voltadas à saúde coletiva, que inclui considerar os determinantes da saúde: trabalho, lazer, alimentação, condições de vida. Essa concepção mais abrangente integra as políticas sociais, as condições de vida e também a sensibilidade para diversidade e riqueza cultural.

Considerar o indivíduo em todas as suas dimensões e não apenas num contexto isolado e individualizado refere-se a um dos grandes desafios da saúde pública, pois, segundo a Organização Pan – Americana da Saúde (2008), conceber a saúde como resultante dessa combinação de fatores implica na melhoria das ações de cada profissional envolvido com os cuidados em saúde, em todos os níveis de complexidade da assistência (OPAS, 2008).

A inclusão da saúde no texto constitucional gerou um conjunto de leis voltadas à regulamentação, organização e implementação do Sistema Único de Saúde como as “Leis Orgânicas da Saúde” (Lei 8.080 e Lei 8.142). Porém, com a consolidação do SUS e conforme as ações em saúde foram desenvolvidas, foram também sendo percebidas e vivenciadas pelos gestores, profissionais e usuários, algumas limitações na política de saúde inicialmente estabelecida (BRASIL, 1998).

Por isso, foram constatadas necessidades de melhorias na organização e gestão das políticas de saúde, como por exemplo, em relação ao financiamento da saúde e distribuição de recursos em toda a rede assistencial, a dispensação de medicamentos, a hierarquização pelos níveis de atenção, a ênfase no nível primário de atenção, a política de Saúde Mental, ao trabalho multidisciplinar em Redes de Assistência à Saúde, entre outras. Para o enfrentamento desses entraves foram criadas novas leis, inúmeros decretos, portarias conjuntas e portarias normativas do

Ministério da Saúde, que, ao longo do tempo, contribuiu para a efetivação das diversas formas de assistência à saúde da população (BRASIL, 2003).

Diante disso, a garantia da saúde como direito de todos trouxe mudanças significativas também no campo da Saúde Mental. As políticas de Saúde Mental instituídas na atualidade, têm como marco de muitas mudanças, o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, iniciado no final da década de 70, paralelamente ao processo de formação do SUS.

A partir desse processo de Reforma Psiquiátrica, houve uma abertura para a construção de um novo modelo assistencial voltado para o sujeito em sofrimento mental, exigindo discussões teórico – práticas sobre questões como a demanda dos usuários e de como possibilitar a reconstrução da cidadania e dos direitos humanos e sociais (BRASIL, 2005).

De acordo com essa nova perspectiva de cuidado, Ribeiro *et al.* (2008) ressaltam a importância de uma atenção voltada para o contexto familiar no qual o sujeito em sofrimento mental está inserido. Para isso fez-se necessário a construção de redes que possibilitem a articulação entre a Estratégia de Saúde da Família (por sua inserção na comunidade e por oferecer um amplo cuidado às famílias) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que têm por finalidade possibilitar a reestruturação das pessoas como sujeito social, ampliando o enfoque de trabalho para que não se restrinja apenas ao tratamento de sintomas. Essa parceria busca o resgate na integralidade do sujeito, que pode possibilitar melhoras na qualidade de vida de todos os envolvidos no processo: indivíduo família e comunidade.

Segundo Lussi, *et al.* (2006) a reabilitação psicossocial também pode ser considerada como um “processo que pode facilitar ao indivíduo a restauração de sua autonomia e de suas funções na comunidade. E reabilitar suas capacidades no que se refere à vida, aprendizagem, trabalho, socialização e adaptação de forma mais normalizada possível.

A partir da Lei 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, os movimentos que proporcionaram mudanças de paradigma na assistência em Saúde Mental possibilitaram a abertura para a atuação de toda uma equipe multiprofissional a fim de contribuir para que a prestação do cuidado aos usuários ocorra de maneira integral e de acordo com seu contexto social. (BRASIL, 2001).

Na rede de saúde, com seus vários pontos de atenção, o que se preconiza é o envolvimento das equipes de saúde com os cuidados em Saúde Mental, podendo ser desenvolvida uma ampla gama de ações que variam desde atendimentos grupais (grupos de promoção de saúde ou com temáticas específicas), visitas domiciliares, grupos de apoio familiar, até uma assistência especializada de atendimentos individuais (acolhimento, suporte, prescrição e orientação medicamentosa, psicoterapias) que vão de acordo com as atribuições e competências de cada categoria profissional (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2006).

Acredita-se que, realizar intervenções multidisciplinares por intermédio de práticas educativas somadas ao trabalho das variáveis psicológicas, possibilitaria uma melhora nas condições de saúde e na qualidade de vida da população (KERBAUY, 2002).

Nesse sentido, o movimento pelo fortalecimento da Atenção Primária como estratégia de organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) inclui a valorização de uma perspectiva de cuidado à saúde mental no nível primário de atenção, o que respalda a execução de trabalhos voltados não só para o tratamento de doenças, mas também para prevenção e promoção da saúde como tentativa de minimizar concepções tão estigmatizantes desse campo que proporcionaram durante muito tempo a marginalização do cuidado aos que eram acometidos por doenças relacionadas ao sofrimento mental (MENDES, 2002).

De acordo com Tanaka e Ribeiro (2009), a incorporação dos aspectos psicossociais na prática cotidiana da atenção básica possibilitará a ampliação do conceito saúde-doença no SUS. Este novo paradigma permite a ruptura dos limites do setor saúde, incorporando, desta forma, a interdisciplinaridade como campo de conhecimento e a intersetorialidade como campo de prática.

Porém, todas estas mudanças só se tornarão efetivas se transformadas em práticas concretas, e que produzam impacto na qualidade de vida da população. Nesse sentido, torna-se de grande relevância a estratégia institucional conhecida por apoio matricial, que

objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção em saúde mental (...) O AM é um regulador de fluxos que promove uma articulação entre os equipamentos de saúde mental e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) (Campos; Domitti, 2007). Permite, além disso, diferenciar os casos que realmente precisam ser atendidos nos serviços especializados e os que podem ser acompanhados

pelo PSF, ou pelo menos ser acolhidos momentaneamente por esses profissionais (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008).

Alguns estudos relatam que experiências em municípios brasileiros como Campinas/SP e Natal/ RN (pioneiros na organização da saúde mental na rede básica através do AM) trouxeram resultados positivos na assistência em saúde mental, principalmente pela potencialidade dessa estratégia para criar uma assistência mais integrada, desconstruindo a lógica do encaminhamento (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008; FIGUEIREDO, 2006).

A saúde mental na atenção primária à saúde (APS) tem sido um tema de interesse crescente em nosso país, de forma semelhante ao que aconteceu em outros países que reformaram seus modelos sanitários tendo como base cuidados primários universais, como o Canadá, a Espanha e, em especial, o Reino Unido, que já vem discutindo e desenvolvendo estratégias neste campo desde a década de 60 (SHEPHERD et al., 1966 *apud* BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008).

Dentre as ações que as equipes de apoio matricial podem realizar estão consultorias às equipes, atendimentos conjuntos e ações assistenciais específicas, que devem ser sempre dialogadas com a equipe de referência (TOFOLI, L. F.; FORTES, S., 2007).

Apesar disso, alguns estudos mostram que ainda há muitas dificuldades de assistência em Saúde Mental na Atenção Primária (AMARAL, 1997; MARTINS, *et al.* 2009). Estudos realizados em diversas regiões do país reiteram, por exemplo, a ocorrência de práticas inadequadas, ou seja, voltadas exclusivamente ao atendimento clínico-psicoterápico de psicólogos que visam dar suporte à Saúde Mental na Atenção Primária: COSTA; OLIVO (2009), GOYA; RASERA (2007), RONZANI; RODRIGUES (2006), LIMA (2005), ANDRADE *et al.* (2004), OLIVEIRA *et al.* (2004), MIRIANI (2004), VELASQUES (2003) e DIMENSTEIN (2001).

As dificuldades da saúde mental no contexto da atenção primária são reiteradamente apontadas, pois demonstram que o processo de desinstitucionalização dos portadores de sofrimento mental e seus familiares ainda é insuficiente, por apresentar deficiências no suporte social, ambulatorial, em grupos de apoio e outros (MUNARI, 2008).

Diante disso, embora as mudanças do paradigma hospitalocêntrico ao modelo atual sejam significativas, os desafios da saúde mental na assistência em saúde pública, ainda são muitos. Caçapava *et al.* (2009) ressaltam que as intervenções são

ainda muito pautadas no estabelecimento de diagnósticos de doenças e, consequentemente, na distribuição de medicamentos.

Segundo Jucá *et al.* (2009) e Martins *et al.* (2009), ainda existe pouca discussão teórica e análise crítica acerca das tentativas de implantar ações de saúde mental, desde a assistência na atenção básica, até outros níveis da assistência, o que proporciona pouca reflexão e mudança prática.

A necessidade de mudanças no modelo assistencial de saúde requer conhecimento e reflexões aprofundadas acerca da trajetória do cuidado, no sentido de identificar os movimentos desencadeados por indivíduos ou grupos na preservação ou recuperação da saúde, que de acordo com Cabral *et al.* (2011) podem mobilizar diferentes recursos que incluem desde os cuidados caseiros e práticas religiosas, até os dispositivos biomédicos predominantes (atenção primária, urgência, etc.). Referem-se a uma sucessão de acontecimentos e tomada de decisões que, tendo como objeto o tratamento da enfermidade, constrói uma determinada trajetória.

Uma revisão da literatura, ALVES e SOUZA (1999) demonstram que a busca por “itinerários terapêuticos”, ou seja, pela busca do fluxo seguido para obtenção do cuidado é pautada por diferentes influências de acordo com o momento histórico e cultural vigentes. Dentre as necessidades, é possível considerar que os principais fatores que agem nas demandas por serviços de saúde são: a percepção da doença por parte de cada indivíduo, fatores psicossociais (gênero, organização familiar, nível educacional, condições socio-econômicas, localização geográfica), seguridade social; o perfil demográfico da população, os índices epidemiológicos de cada região e os fatores socio-culturais que influenciam nas formas de utilização dos serviços de saúde (ZUCCHI, 2000).

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Reforma Psiquiátrica e Políticas Públicas de Saúde

Diante de um panorama de crise no quadro econômico de âmbito nacional, no final da década de 70 e início da década de 80, ocorreram muitos cortes de investimentos financeiros nos programas sociais e de saúde, que afetaram a população, e reforçaram a continuidade de um modelo assistencial curativo, individual e assistencialista. No âmbito da saúde mental, este contexto foi pautado pelo modelo hospitalocêntrico, que consistia na institucionalização dos pacientes acometidos por algum transtorno mental, com poucas reflexões acerca da doença mental e de suas formas de assistência (DIMENSTEIN, 1998).

Com os questionamentos do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) sobre os serviços prestados pela Previdência Social, iniciaram-se as primeiras tentativas de alterar o quadro precário de saúde no Brasil (violência dos manicômios, mercantilização da loucura, hegemonia de uma rede privada de assistência) e de construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais, com propostas de desospitalização e de mudanças na assistência médico-psiquiátrica. Em meados dos anos 80, observou-se o surgimento de algumas propostas de mudanças no sistema de assistência em saúde da política nacional. Esses movimentos foram inspirados nos movimentos de reformas na saúde ocorridos nos EUA e na Europa desde a década de 40 (BRASIL, 2005).

Nesse contexto, em 1982, foi criado pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, o Programa de Reorientação Psiquiátrica Previdenciária com o objetivo de melhorar as condições de internação psiquiátrica e incrementar formas intermediárias de assistência através da consolidação dos hospitais dia, e das pensões protegidas que possibilitavam a visão do usuário dentro do seu contexto social (DIMENSTEIN, 1998).

Como desdobramento das discussões decorrentes das Conferências Nacionais de Saúde, em 1987 foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que, dentre outras discussões, enfatizou a implantação de equipes multiprofissionais na rede básica e nos hospitais que fizessem valer o lema “*por uma sociedade sem manicômios*” (BORGES; BATISTA, 2008).

A partir de 1992, movimentos sociais que acompanhavam as diretrizes da Reforma Psiquiátrica inspirados pelo projeto de Lei Paulo Delgado (1989), passaram a ganhar força. Segundo o Ministério da Saúde (2005), essa lei propôs a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país (início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo).

Para ir ao encontro das novas propostas para as políticas de Saúde Mental, a equipe multidisciplinar deveria comprometer-se a um novo modelo assistencial que tentasse superar as precariedades da assistência psiquiátrica. Por isso, foi fundamental a atuação de outros profissionais na área de saúde mental, como psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, além do médico e equipe de enfermagem.

Diante disso, durante as décadas de 70 e 80, ocorreu um aumento expressivo da atuação de profissionais, como o psicólogo, na área da saúde, principalmente devido ao aumento de investimentos em recursos humanos. Porém, segundo autores como Amaral (1997) e Dimenstein (1998), os primeiros profissionais a serem contratados para atuar na assistência pública de saúde eram pouco qualificados para agir conforme as demandas dos serviços.

Em torno desses direcionamentos da reforma psiquiátrica brasileira, o momento era de regulamentação e implementação das leis dos SUS que é marcado e coordenado pelas Normas Operacionais Básicas (NOBs) que, desde 1991, por serem voltadas preferencialmente para os aspectos de financiamentos e prestação de serviços, impactam na construção do modelo assistencial em saúde mental (AMARAL, 1997; DIMENSTEIN, 1998).

Nesse contexto, a Declaração de Caracas (1990), que enfatiza a necessidade do envolvimento comunitário nas redes de apoio e a promoção da reabilitação psicossocial veio de encontro com a inclusão das pessoas em sofrimento mental no nível primário de assistência em saúde (MARTINS; BRAGA; SOUZA, 2009).

2.2 Redes de Atenção à Saúde e a Atenção Primária à Saúde no SUS.

Redes de Atenção à Saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitárias e econômicas e gerando valor para a população (MENDES, 2011).

A proposta para trabalhar com RAS é proporcionar um sistema integrado de atenção à saúde que deve ser organizado através de um conjunto de ações e serviços coordenados com o objetivo de prestar assistência contínua e integral para uma população definida.

Segundo Lavras (2011), Mendes (2011) e Silva (2011), acredita-se que as mudanças produzidas pela atenção gerenciada como proposta da RAS podem alterar os padrões de cuidados sanitários e que as tecnologias de gestão da clínica podem ser, em geral, efetivas quando utilizadas nessas organizações. Frente a crise contemporânea dos Sistemas de Saúde num contexto de complexificação das questões sociais, de processos de privatização, de descentralização acelerada, de globalização, de proliferação de organizações não governamentais e de fortalecimento do controle público, a proposta das RAS pode possibilitar a articuladodo sistema e a otimização de resultados.

Nesse sentido, estudiosos defendem que para se trabalhar com RAS alguns elementos centrais devem ser respeitados: responsabilização por uma população, o foco na melhoria dos níveis de saúde dessa população, a oferta de um contínuo de serviços, a coordenação dos cuidados pela APS e a integração clínica (POINTER *et al.*, 1997 *apud* MENDES, 2011).

No Brasil, o tema tem sido tratado (LAVRAS, 2011; SILVA, 2011) mais recentemente e tem evoluído consideravelmente. Considera-se que para o desenvolvimento do trabalho baseado nas Redes de Atenção à Saúde, é cada vez mais necessário o desenvolvimento e aprimoramento de mecanismos de cooperação e coordenação dentro do sistema de assistência em saúde. Esses movimentos propiciaram que se chegasse a um consenso na Comissão Intergestores Tripartite (espaço de articulação e expressão das demandas dos gestores federais, estaduais e municipais, de um posicionamento do Ministério da

Saúde, do CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Estado de Saúde) e do CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde), sobre RASs, o que se materializou na Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010, e estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS (BRASIL, 2010).

Efetivar o trabalho com redes poderá trazer vantagens como a troca de conhecimentos e a utilização das informações para produzir novos saberes, a criação de vínculos diversificados entre atores e organizações o que possibilitará reduzir as incertezas nas políticas e nos programas; e benefícios econômicos porque possibilitarão ganhos de escala, com redução de custos e melhoria da qualidade (PODOLNY e PAGE, 1998 *apud* MENDES, 2011).

Porém, Fleury e Ouverney (2007) afirmam que certas características das redes podem limitar sua eficácia ou criar dificuldades para sua gestão como o envolvimento de numerosos atores pode dificultar a prestação de contas (accountability); os processos de negociação e de formação de consensos podem ser lentos; a diluição de responsabilidades pode afetar o alcance dos objetivos; pode se dar a exclusão de atores sociais ou regiões importantes em função da fragilidade dos critérios de participação; e as dificuldades de controle e coordenação das interdependências tendem a gerar problemas na gestão.

Portanto, para a instauração de trabalhos com RAS, Mendes (2011) afirma que as mudanças no sistema de atenção à saúde deverão fazer-se com uma gestão eficiente e responsável levando em consideração as necessidades de saúde específicas em âmbitos locais e regionais. Isso se fará por meio de um sistema que elimine as barreiras de acesso entre os diversos níveis de atenção e que ultrapassem, de fato, as fronteiras municipais com vistas à otimização de recursos e ampliação das oportunidades de cuidados adequados.

As RAS constituem-se de três elementos fundamentais que vão encontro com os princípios do SUS de acessibilidade, regionalização, hierarquização por níveis de complexidade e descentralização e respondem as necessidades de saúde de uma população:

- População adscrita: compõem os territórios sanitários através do processo de territorialização, cadastramento das famílias, classificação por riscos sociosanitários, vinculação com a Unidade de Atenção Primária e/ou Estratégia de Saúde da Família;

- Estrutura Operacional das RAS compõe-se de cinco componentes: o **Centro de Comunicação** (Atenção Primária à Saúde); os **Pontos de Atenção à Saúde secundários e terciários**; os **Sistemas de Apoio** (sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde); os **sistemas Logísticos** (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o **sistema de governança** (arranjo organizativo uni ou pluri-institucional que permite a gestão de todos os componentes das redes).
- Modelos de Atenção à Saúde: sistema lógico que organiza o funcionamento das RAS, articulando as relações entre a população estratificada por riscos, os focos das intervenções dos Sistemas de Atenção à Saúde e os diferentes tipos de investigação sanitárias, definido em função do conceito de saúde vigente em determinado tempo e em determinada sociedade (MENDES, 2011).

Silva e Magalhães Jr. (2008) demonstram a necessidade de voltar o sistema para a atenção às condições crônicas, fazer uso intensivo da tecnologia da informação (sistemas de informação da saúde), promover a educação permanente dos profissionais de saúde, coordenar a atenção ao longo da rede de atenção, incentivar o trabalho multidisciplinar e proporcionar criação de vínculos entre os usuários e o sistema de saúde.

A construção de RAS, fundamentadas nos princípios de escala e suas relações com a qualidade da atenção, exige que certos serviços em comum ultrapassem os limites municipais, o que conduzirá ao estabelecimento de parcerias entre Municípios, Estado e União, e implica a superação das relações hierárquicas, baseadas na autoridade, por relações poliárquicas, construídas pela cooperação e pela interdependência dos diversos atores sociais.

2.3 Níveis de Atenção à Saúde

Os níveis de atenção à saúde estruturam-se por arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade, a APS, ao de densidade tecnológica intermediária, a atenção secundária à saúde, até o de maior densidade tecnológica, a atenção terciária à saúde. Os níveis de atenção à saúde são fundamentais para o uso racional dos recursos e para estabelecer o foco gerencial dos entes de governança das RASs. Na prática social, ao se construírem as RASs, há que se combinarem os territórios sanitários com os níveis de atenção à saúde (MENDES, 2011).

- **Atenção Básica**

A atenção Básica constitui o primeiro nível de atenção à saúde, de acordo com o modelo adotado pelo SUS e emprega tecnologia de baixa densidade. Este nível congloba um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo envolvendo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes (BRASIL, 2009).

Trata-se do contato de referência dos usuários e orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da coordenação do cuidado, do vínculo, da longitudinalidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade, da orientação comunitária e da participação social. E para a efetivação dessa organização, tem a saúde da família como tarefa prioritária (MENDES, 2002).

Para que isso aconteça, é preciso que diferentes profissionais estejam envolvidos nos cuidados relacionados a esse nível de assistência. Nesse sentido, a prática de diferentes profissionais, incluindo aqueles ligados à assistência em Saúde Mental na Atenção Básica foi respaldada pela Portaria Nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, prevendo a criação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF (BRASIL, 2008).

Recentemente regidos pela Portaria Nº2488, de 21 de Novembro de 2011, que institui a Política Nacional de Atenção Básica, que revoga a nº 154, os NASFs têm o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização. Estabelece ainda que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF constituídos

por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuem em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família (ESF), compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado (BRASIL, 2012).

- **Média Complexidade**

A Média complexidade é o segundo nível de atenção à Saúde considerado no âmbito do SUS, englobando ações e serviços que objetivam atender aos principais problemas de saúde e agravos da população. Para isto, este nível demanda a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos para ação e apoio diagnóstico e terapêutico. A Média Complexidade foi instituída pelo Decreto nº 4.726 de 2003, sendo que suas atribuições estão descritas no Artigo 12 da proposta de regimento interno da Secretaria de Assistência à Saúde (BRASIL, 2009).

- **Alta Complexidade**

A Alta Complexidade é um conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo. Seu objetivo é proporcionar à população acesso a serviços qualificados e integrar este nível de atenção aos outros (atenção básica e de média complexidade) (BRASIL, 2009).

No âmbito da saúde mental, há também a proposta uma organização em redes de assistência à saúde efetiva a organização da saúde mental dentro da política de saúde. A construção de uma rede comunitária de cuidados é fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. A articulação em rede dos variados serviços objetivam substituir as longas internações em hospitais psiquiátricos, pelo acolhimento da pessoa em sofrimento mental. Esta rede ultrapassa o conjunto dos serviços de saúde mental de um município pois,

somente uma organização em rede, e não apenas um serviço ou equipamento, é capaz de fazer face à complexidade das demandas de inclusão de pessoas secularmente estigmatizadas, em um país de acentuadas desigualdades sociais. É a articulação em rede de diversos equipamentos da cidade, e não apenas de equipamentos de saúde, que pode garantir resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

2.4 Construção das redes na Assistência em Saúde Mental

Diante do contexto de reforma psiquiátrica há uma abertura para um novo modelo de assistência do sujeito em sofrimento mental. Iniciam-se discussões teórico – práticas sobre a demanda desses usuários e de como possibilitar a reconstrução de cidadania e dos direitos humanos e sociais (RIBEIRO, 2008).

De acordo com a nova perspectiva de cuidado, Ribeiro (2008) ressalta a importância de uma atenção voltada para o contexto familiar ao qual o sujeito em sofrimento mental está inserido. Para isso faz-se necessário construção de redes que possibilitem a articulação entre a Estratégia de Saúde da Família (por sua inserção na comunidade e por oferecer um amplo cuidado às famílias) e os Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) que tem por finalidade possibilitar a reestruturação das pessoas como sujeito social, ampliando o enfoque de trabalho para que não se restrinja apenas ao tratamento de sintomas. Essa parceria busca o resgate na integralidade do sujeito, que pode possibilitar melhorias na qualidade de vida de todos os envolvidos no processo: indivíduo família e comunidade.

Segundo o Ministério da Saúde (2005), é função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. Ou seja, Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território.

Os CAPS se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida e organizam-se no país de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros. Assim, estes serviços diferenciam-se como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad.

Além da implantação dos CAPS, fortalecer alguns setores sociais envolvidos com a demanda da saúde mental possibilita que a família e a comunidade estejam aliados aos serviços de saúde como o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais, e os Conselhos de Saúde (LANCETTI, 2001; RIBEIRO, 2008).

Pela abrangência de trabalho que é preconizado ao Programa de Saúde da Família, não parece ser uma tarefa muito difícil a identificação da demanda de usuários em algum tipo de sofrimento psíquico ou mental, porém a dificuldade

encontra-se em pensar estratégias de ação diante das diversidades e peculiaridades do cuidado que envolvem esse tipo de demanda (JUCÁ *et al.*, 2009).

Segundo Jucá *et al.* (2009) e colaboradores, quando se fala em construção de redes, é importante destacar que os profissionais dos serviços de saúde, como por exemplo, profissionais dos Programa de Saúde da Família, tenham uma capacitação adequada para desenvolver habilidades que possibilitem realizar parcerias pensando numa mudança do cuidado com a saúde mental para que se encaminhe ao CAPS e a demais complexidades apenas os que necessitem de uma atenção mais especializada por certo tempo.

2.5 Saúde Mental em Ribeirão Preto

Ribeirão Preto é a sede da XIII Diretoria Regional de Saúde do Estado de São Paulo, a qual é composta por 25 municípios sendo que mais de 40% desse total são moradores da cidade-sede. Nessa região, ocorreram mudanças no sentido de uma reorganização das políticas de saúde mental, a partir dos anos 90, resultado da influência dos movimentos da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Segundo Barros (2004) nesse período houve a criação de uma rede de serviços hierarquizada e descentralizada, deslocando a ênfase de um modelo de atendimento quase exclusivamente hospitalar para um modelo composto por serviços ambulatoriais a nível local, com atendimento hospitalar quando necessário.

Para essa mudança de paradigma no atendimento em saúde mental, foram necessárias algumas medidas a criação de uma rede de serviços de Saúde Mental na região de Ribeirão Preto, tais como: a criação da Central de Vagas Psiquiátricas (CVP) e o controle e a avaliação das internações através de auditoria contínua; a inserção do Setor de Psiquiatria da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (EP – HCRP) na rede pública de saúde mental, com leitos disponíveis 24 horas; a criação de uma Enfermaria Psiquiátrica de Internação Breve (EPIB) no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo; o aumento de vagas e a readequação dos recursos humanos e físicos para internações agudas no Hospital Psiquiátrico Estadual (Hospital Santa Tereza – HST); o descredenciamento do SUS de leitos psiquiátricos de Hospitais Psiquiátricos Filantrópicos e Privados; a criação de serviços ambulatoriais de saúde mental e

CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) nos municípios; a criação de Residências Terapêuticas para pacientes “crônicos” no município de Ribeirão Preto; a organização de encontros periódicos entre representantes dos diferentes serviços públicos de saúde mental, tanto a nível regional como daqueles serviços do município de Ribeirão Preto, para estabelecer políticas de trabalho conjunto e discutir casos (BARROS, 2004).

No começo da década de 1990, a região de Ribeirão Preto dispunha de 1.118 leitos psiquiátricos. As taxas de ocupação chegavam a 96% e o tempo de permanência era elevado, com grande número de re-internações. Apesar da criação da Central de Vagas Psiquiátricas (CVP), em 1990, os hospitais psiquiátricos continuaram a referenciar para si próprios pacientes para internação integral, sob alegação de emergência (DEL BEN et al., 1999). Foi a partir de 1993, que pautada nas Diretrizes do Ministério da Saúde quanto à área física, aos recursos humanos adequados ao funcionamento de hospitais psiquiátricos e ao número de leitos por habitantes iniciou-se processo de reavaliação dos serviços de saúde mental, culminado, em 1995, no fechamento de um hospital psiquiátrico privado e no cancelamento dos leitos agudos de um hospital filantrópico (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, 1997a).¹

Nesse contexto, a DRS XIII passou a contar com 114 leitos para internações de pacientes agudos, (100 leitos em um hospital psiquiátrico público e 14 leitos em uma enfermaria de psiquiatria, em hospital geral universitário). Em 1995, ocorreu o credenciamento do hospital psiquiátrico privado e o credenciamento dos leitos para internações agudas no hospital filantrópico. Nesse mesmo ano data também a reorganização do Ambulatório Regional de Saúde Mental para aumentar atendimentos, a instalação do CAPS (atualmente CAPS II) e início da implantação de Serviços Ambulatoriais nos municípios da DRS XIII. Em 1996, ocorreu a instalação do CAPS ad e houve um incremento de serviços ambulatoriais nos municípios da DRS XIII. Em setembro de 2000, os leitos psiquiátricos em hospital geral foram ampliados para 22 com a criação da Enfermaria de Internação Breve (EPIB), no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (BARROS, 2004).

¹ SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. Direção Regional de Saúde de Ribeirão Preto. **Programa de Saúde Mental**. Ribeirão Preto-SP, 1997a.

Acredita-se, que esse processo de racionalização dos encaminhamentos para internação contribuiu para a redução de internações desnecessárias (DEL-BEN; MARQUES; ZUARDI, 2008).

3 JUSTIFICATIVA

Descrever a organização da atenção à saúde mental em rede poderá proporcionar novos direcionamentos que vislumbrem melhorias do trabalho na comunidade, visando a promoção, prevenção e suporte mais efetivo aos casos identificados como demandas relacionadas à política de saúde mental, considerando que muitos estudos destacam a desassistência nesse campo da saúde mental. Diante disso, compreender os fluxos de demandas pode ajudar na organização da rede e no aumento da capacidade técnica e de gestão do sistema de saúde.

Pensar em ações que visem atender o usuário portador de algum tipo de sofrimento mental é pensá-lo em todas as suas dimensões sociais (trabalho, lazer, cultura, produção social e vida comunitária) e é nesse ponto que parece estar a dificuldade dos profissionais envolvidos, pois não são ações que estão prescritas em algum manual de saúde ou compêndios de psiquiatria (LUCCHESI et al., 2009). Trata-se de ações que se compõem no dia-a-dia dos serviços transformando relações internas de gestão e trabalho.

Contudo, responder a essa lógica de cuidado aos usuários que apresentem algum tipo de sofrimento mental ultrapassa os limites dos profissionais dos CAPS e tampouco da Atenção Primária à Saúde. É necessária, ainda, uma articulação entre todos os níveis de atenção que responda a demanda da saúde mental em corresponsabilidade com a comunidade e os aparelhos de suporte social.

Falar sobre a escassez de recursos, discussões e capacitações sobre a saúde mental no nível da atenção básica torna evidente a necessidade de uma ampliação das perspectivas de cuidado nessa área, que vise também à promoção, prevenção, além do tratamento e suporte aos casos já diagnosticados, possibilitando atingir, dessa forma, o objetivo de melhoramento da saúde da população de maneira integral e adequada.

Diante disso, o presente trabalho apresenta uma reflexão sobre a maneira com que estão distribuídos os cuidados em saúde mental no sistema de saúde. O estudo do tema proposto se faz cada vez mais necessário, pois o SUS é uma política pública em construção e em disputa permanente. Por isso quando se pensa em práticas de saúde de diferentes áreas e diferentes profissionais deve-se considerar que se tratam de novos modos de se trabalhar em busca de qualidade de

vida juntamente com a implicação de cada sujeito com o próprio processo saúde-doença.

Nesse projeto serão enfatizadas as ações que caracterizam a assistência em saúde mental nos serviços de saúde, pois tratam de um conjunto de ações no âmbito individual e familiar, abrangendo a promoção, a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde mental dos usuários que necessitarem de cuidados nesse sentido.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral:

Descrever a assistência em Saúde Mental realizada em município do interior do estado de São Paulo.

4.2 Objetivos Específicos:

- Caracterizar as unidades básicas e unidades do nível secundário de saúde desse município, no que diz respeito ao cuidado oferecido em saúde mental;
- Identificar e descrever o fluxo das demandas entre a Atenção Básica e outros serviços especializados na área de saúde mental.

5 MÉTODO

5.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa, sobre gestão do cuidado na saúde mental, de corte transversal, no qual foi realizada também uma análise qualitativa dos conteúdos obtidos nas entrevistas com profissionais de todos os serviços integrantes da rede assistencial.

5.2 Campo do estudo

O estudo foi desenvolvido na rede de Atenção à Saúde de município do interior do estado de SP situado na região nordeste do Estado de São Paulo. Segundo o censo demográfico de 2010, sua população é de 604.682 habitantes, com uma densidade demográfica de 928,46 habitantes/km² em um território de 651 km², o que evidencia um alto grau de urbanização (IBGE, 2010).

O município é considerado um dos mais ricos da região, pois apresenta grande parte de seus indicadores (saúde, habitação, infra-estrutura urbana, condições de vida, educação, emprego, economia) mais favoráveis que os da região e do estado de São Paulo em geral. Apesar disso, apresenta regiões heterogêneas com núcleos de favelas e bairros com realidades que destoam da média dos valores apresentados.

Também é considerado um importante pólo tecnológico, universitário e científico no país, especialmente no setor saúde, com a presença da Universidade de São Paulo, responsável pela formação de pessoal principalmente para área da saúde em diferentes campos do conhecimento.

Tratando-se da rede de serviços da Atenção Básica, o município iniciou seu processo de implantação ainda na década de 80, quando vários outros iniciaram seus processos de adesão às Ações Integradas de Saúde que tinham como objetivo a universalidade do atendimento, a integralidade da atenção, regionalização e hierarquização dos serviços (CONASS, 2011).

A rede assistencial é hoje organizada em cinco regiões denominadas Distritos de Saúde, os quais são compostos por uma Unidade Básica e Distrital de Saúde (UBDS) e Unidades Básicas de Saúde (UBS), que abrangem as Unidades de Saúde

da Família a elas articuladas. Os cinco distritos são: Norte - Distrito do Simioni, Sul - Distrito da Vila Virgínia, Leste - Distrito do Castelo Branco, Oeste - Distrito de Sumarezinho e Região Central - Distrito Central.

No nível secundário, o Município conta com unidades distritais e ambulatorios. Conta ainda com assistência hospitalar conveniada ao SUS e ao HCFMRP - USP.

Especificamente na área especializada em saúde mental, conta com serviços de clínicas-escola, oferecidos por universidades públicas e privadas.

5.3 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido nas Unidades de Saúde do Município e nos serviços de clínica-escola.

A rede municipal conta com quarenta e sete estabelecimentos da rede de Atenção Primária distribuídos pelos cinco Distritos de Saúde como apresentados na Tabela 1, e sete da rede de assistência em Saúde Mental no nível secundário (dois ambulatorios, núcleo de saúde mental, CAPS AD, CAPS II, CAPS III e CAPS i) como apresentado na Tabela 2. Conta também com assistência hospitalar (Ambulatório de Psiquiatria Adulto e Infantil, com leitos para internação no Hospital Escola e Hospital Santa Teresa).

Além da rede municipal de saúde foram considerados para estudo, também os estabelecimentos (clínicas escola) que oferecem assistência em saúde mental, vinculados às universidades, sendo duas de caráter privado e uma pública. Porém os dados foram coletados em apenas duas das três clínicas-escolas do município estudado, pois foram realizados contatos prévios com os coordenadores, e em uma delas, não foi possível o agendamento da entrevista. Também não foi possível realizar entrevistas em duas unidades de atenção primária devido inconvenientes das próprias unidades. Uma por estar em reforma e com seus atendimentos diluídos em outras unidades do mesmo distrito de saúde, e outra devida a dificuldade de contato com o gerente, o que impossibilitou a coleta dos dados.

Tabela 1 - Unidades de Atenção Básica do município pesquisado.

	Unidade de Saúde	Distrito
1	UBDS Central	Central
2	CSE Vila Tibério	Central
3	UBS Vila Tibério	Central
4	UBS João Rossi	Central
5	UBS Campos Elíseos	Central
6	PAM II	Central
7	UBDS Castelo Branco	Leste
8	USF Jardim Zara	Leste
9	UBS Vila Abranches	Leste
10	UBS Jd Juliana	Leste
11	UBS São José	Leste
12	UBS Sta. Cruz	Leste
13	UBS Bonfim Paulista	Leste
14	UBDS Quintino II (Distrital Norte)	Norte
15	USF Avelino Palma	Norte
16	USF Estação do Alto	Norte
17	BAC Heitor Rigon	Norte
18	USF Geraldo Correa de Carvalho	Norte
19	UBS Marincek	Norte
20	UBS Valentina Figueiredo	Norte
21	UBS Simioni	Norte
22	UBS Quintino I	Norte
23	UBS Jd Aeroporto	Norte
24	UBS Ribeirão Verde	Norte
25	UBS Vila Mariana	Norte
26	CSE Sumarezinho	Oeste
27	Núcleo de Saúde da Família 1	Oeste
28	Núcleo de Saúde da Família 2	Oeste
29	Núcleo de Saúde da Família 3	Oeste
30	Núcleo de Saúde da Família 4	Oeste
31	Núcleo de Saúde da Família 5	Oeste
32	UBS Jd. Paiva	Oeste
33	CMSC V Lobato	Oeste
34	UBS Ipiranga	Oeste
35	CSE Ipiranga	Oeste
36	UBS Vila Recreio	Oeste
37	UBS Dutra	Oeste
38	UBS Vila Albertina	Oeste
39	USF Portal do Alto	Oeste
40	USF Eugênio Mendes Lopes	Oeste
41	UBS D Mielli	Oeste
42	USF Maria Casagrande	Oeste
43	UBS José Sampaio	Oeste
44	UBDS Vila Virgínia	Sul
45	UBS Adão do Carmo	Sul
46	UBS Maria das Graças	Sul
47	UBS Parque Ribeirão	Sul

Fonte: Departamento de Atenção Básica da Secretaria Municipal de saúde de Ribeirão Preto, 2010.

As unidades de atendimento especializado em Saúde Mental estão apresentadas na tabela a seguir, de acordo com as respectivas áreas de cobertura. Alguns dos serviços disponíveis atendem não só o município onde estão localizadas, mas também alguns municípios da região (DRS XIII) que não possuem atendimento especializado nessa área.

Tabela 2 - Unidades de atenção especializadas em saúde mental do município de estudo

Unidade de Saúde		Cobertura assistencial (Distritos/Municípios)
1	Ambulatório de Saúde Mental Dr. Nelson Okano	Central
2	Núcleo Saúde Mental CSE Dr. Manoel dos Santos Gabarra	Oeste (Cuiabá)
3	Ambulatório Saúde Mental Dr. Guido Heten	Norte/Sul/Dumont e Serra Azul
4	CAPS AD	Municipal
5	CAPS II	Central
6	CAPS III (Funcionamento 24 hr)	Municipal
7	CAPS i	Municipal

Os serviços hospitalares, que prestam assistência para demandas de saúde mental, são distribuídos em dois hospitais, de acordo com o tipo de assistência prestada, como mostra a tabela a seguir.

Tabela 3 - Unidades de Assistência Hospitalar

Unidade de Saúde		Hospital
1	Enfermaria Psiquiatria	Hospital das Clínicas
2	Serviço de Psicologia	Hospital das Clínicas
3	Unidade de Emergência	Hospital das Clínicas
4	Hospital Dia	Hospital das Clínicas
5	Hospital Santa Tereza	Hospital Santa Tereza

5.4 Participantes

Participaram dessa pesquisa 58 entrevistados. Dentre eles, 56 eram profissionais que prestam assistência nas Unidades de Saúde do município pesquisado. Foram 57 unidades pesquisadas, porém um profissional representou duas unidades diferentes. Participaram ainda dois coordenadores de clínicas – escolas, totalizando 59 unidades pesquisadas.

5.4.1. Critérios de inclusão dos sujeitos

- Profissionais lotados nas Unidades de Saúde que estivessem desempenhando suas atribuições regularmente há pelo menos um ano;
- Profissionais que concordaram em participar do estudo mediante a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5.5 Instrumento

Nesta pesquisa adotou-se como instrumento para a coleta de dados a entrevista semiestruturada. Segundo Gil (1999) a entrevista é uma forma de interação social, na qual uma das partes objetiva coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação. A entrevista semiestruturada possibilita o recurso para o entrevistador de explorar o relato do sujeito, pedindo esclarecimentos ou fazendo novas perguntas.

As entrevistas (APÊNDICE A) foram realizadas pela própria pesquisadora, gravadas e transcritas, as quais possibilitaram a caracterização das unidades de saúde pesquisadas e de seus fluxos assistenciais. O roteiro de entrevista abordou questões que possibilitem entender o funcionamento de cada unidade, o número de profissionais, tempo de serviço e suas respectivas áreas de atuação e o número de pacientes atendidos na área de saúde mental. Além de contemplar questões que esclareçam quais ações são desenvolvidas na área da assistência em saúde mental, como e para onde são encaminhados os casos com demandas de sofrimento mental, como ocorrem as contra referências dos serviços especializados e as dificuldades encontradas.

5.6. Aspectos Éticos

O projeto está pautado nas normas contidas na Resolução 196/96 “Sobre pesquisa envolvendo seres humanos” do Conselho Nacional de Saúde e a Resolução 16/2000 do Conselho Federal de Psicologia.

Trata-se de uma pesquisa de risco mínimo.

Todos os participantes foram informados, em linguagem clara e acessível, sobre os objetivos e procedimentos adotados no projeto, bem como informados sobre o sigilo e a possibilidade de desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, não tendo os seus cargos prejudicados de qualquer forma.

Para formalizar a aceitação voluntária em participar da pesquisa foi solicitado que o participante assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). O presente projeto foi primeiramente submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para, posteriormente à sua aprovação, foram iniciados os contatos com as Unidades de Saúde.

5.7 Procedimento para coleta de dados

O presente trabalho foi primeiramente submetido a avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola (CSE) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Após a aprovação pelo Comitê de Ética (OF. CEP/CSE-FMRP-USP – 173/2012), foram realizados contatos prévios com a Secretaria Municipal de Saúde a fim de verificar a melhor maneira de realizar a coleta de dados nas unidades de saúde.

Também foram contatadas as unidades de saúde da família vinculadas à Faculdade de Medicina, através do Centro Saúde Escola. Os responsáveis pelas unidades permitiram que fosse realizada a apresentação do projeto de pesquisa, bem como seus objetivos e os procedimentos da coleta de dados. Após a anuência dos coordenadores, foi solicitado o auxílio das equipes para o fornecimento de informações necessárias à identificação dos profissionais para a pesquisa.

Os profissionais que participaram da pesquisa foram aqueles indicados pelos gerentes de cada unidade, após sua autorização para a coleta dos dados. A

decisão dos gerentes foram pautadas pela disponibilidade do profissional no período da coleta e o conhecimento do mesmo sobre o fluxo da unidade, levando em consideração os critérios de exclusão previamente estabelecidos.

Os contatos foram realizados pela própria pesquisadora do projeto.

Para os profissionais que aceitaram participar do estudo, foi combinado o horário e o local da realização da entrevista, que resguardou conforto e sigilo, e solicitado sua autorização para o registro da mesma de forma a facilitar a documentação e análise dos dados. No momento da coleta de dados foi apresentado e lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) e pedido que o participante assinasse como forma de registrar seu aceite. As entrevistas foram realizadas nas próprias unidades de saúde.

5.8 Análise dos dados

Para a descrição dos dados foram apresentados os resultados obtidos através da entrevista. Esses dados foram cruzados e realizados as descrições necessárias. Foi realizada estatística descritiva com distribuição das variáveis em frequência, porcentagem e média.

As entrevistas foram transcritas na íntegra. Para avaliar os dados qualitativos obtidos foi utilizada a Análise de conteúdo (BARDIN, 2009), a qual propõe uma análise minuciosa a fim de alcançar os significados atribuídos pelo sujeito à situação pesquisada. Segundo Berelson (1952) *apud* MINAYO (2004, p.200) trata-se de uma técnica de investigação, que tem por finalidade “interpretação das comunicações através de uma descrição objetiva, sistemática, e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações”, que permite a inferência dos conhecimentos relativos das mensagens.

A Análise de Conteúdo foi realizada em três etapas. Primeiramente, iniciou-se com a pré- análise que representa a fase da organização e sistematização das ideias iniciais (BARDIN, 2009). Nesta fase, foi organizada a preparação do material, ou seja, as entrevistas foram transcritas na íntegra e as gravações conservadas.

Na segunda etapa realizou-se a investigação do material, que segundo Bardin (2009), consiste na administração sistemática das decisões tomadas na fase anterior. Esse momento reuniu essencialmente operações de codificação e enumeração dos dados previamente formulados, ou seja, englobou a categorização

e tratamento das entrevistas, através da quantificação e classificação das respostas de acordo com a classe categorial em que se enquadravam. Essas categorias foram elaboradas a partir dos objetivos do estudo e dos núcleos de sentido identificados nas transcrições das entrevistas.

Para finalizar a análise do trabalho proposto, foram realizados tratamento e interpretação dos resultados obtidos que permitiram interpretações a propósito dos objetivos previstos.

6 RESULTADOS

Os resultados que serão descritos, foram obtidos após a aplicação da entrevista semi-estruturada nos equipamentos de saúde e nas clínicas-escolas que prestam assistência às queixas de saúde mental. Para a descrição dessas unidades pesquisadas, foi primeiramente realizada uma análise estatística descritiva de alguns dados da amostra (frequências, porcentagens e média), seguida da análise qualitativa dos dados coletados.

6.1 Caracterização das unidades pesquisadas

As unidades de saúde que participaram da pesquisa envolvem 45 unidades de Atenção Básica (77,6%), 7 unidades especializadas em assistência à saúde mental (12,1%) e 4 hospitais (6,9%).

Além de toda rede de saúde, também, contamos com atendimentos psicológicos prestados a população, pelas clínicas – escolas que totalizam 3 em Ribeirão Preto, porém serão apresentados os resultados de dados coletados em 2 clínicas – escolas do município (3,4%).

Gráfico 1- Tipos de unidades de saúde que participaram da pesquisa.

6.1.1 Unidades de saúde pesquisadas, de acordo com a modalidade de assistência.

As unidades de saúde que participaram da pesquisa foram descritas com o intuito de caracterizá-las de acordo com a modalidade da assistência, levando em consideração o nível de complexidade no sistema de saúde.

Das unidades pesquisadas, 45 são classificadas como Atenção Básica (77,6%), as quais dividem-se em 14 Unidades de Saúde da Família (24,1%), 24 Unidades Básicas de Saúde (41,4%), dois Centro Saúde Escola (4,4 %) e cinco Unidades Básicas e Distritais de Saúde (8,2%). As unidades especializadas em saúde mental são compostas por três Ambulatórios de Saúde Mental (5,2%) e quatro CAPS (6,9%). Dentre os ASM, um deles, também presta assistência para outros municípios da regional de saúde (DRS XIII), que não possuem esse tipo de assistência. Os CAPS são classificados CAPS II, CAPS III, CAPS AD e CAPSi.

Para o presente estudo, também foram considerados cinco serviços de assistência hospitalar (8,6%), relacionados às demandas de saúde mental. São eles: Hospital – Dia, Hospital Santa Tereza, Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas, Psiquiatria Hospital das Clínicas e Serviço de Psicologia também do Hospital das Clínicas.

Gráfico 2 - Unidades de saúde de acordo com a modalidade de assistência prestada.

6.1.2 Tempo de existência das unidades de saúde

As unidades pesquisadas foram descritas de acordo com suas modalidades e o tempo em que prestam serviços de atenção à saúde.

De acordo com a Tabela abaixo 50,0 % das Unidades de Saúde da Família, funcionam há menos de dez anos, e 50,0% entre 10 e 19 anos. Entre as Unidades Básicas de Saúde, a maioria se concentra entre 20 e 29 anos (41,7%) de existência. As unidades que funcionam como Centro Saúde Escola, funcionam a mais de 30 anos, sendo que um deles funciona a mais de 50 anos prestando assistência em saúde. Dentre as Unidades Básicas e Distritais de Saúde, nenhuma funciona há mais de 29 anos, sendo que a maioria (60,0%) funciona a entre 10 e 20 anos.

Apenas um serviço especializado em saúde mental funciona há mais de 20 anos. A maioria (57,2%) funciona de 10 a 19 anos atrás. No entanto, entre os serviços hospitalares, a maioria está em funcionamento para assistência de demandas em saúde mental, há mais de 30 anos.

Para suporte a rede de saúde mental, o município também conta com serviços de assistência psicológica prestada pelas clínicas-escolas no período entre 10 e 20 anos de funcionamento.

Tabela 4 - Caracterização da amostra, de acordo com o tempo que prestam assistência em saúde.

Modalidade de Assistência	Tempo de existência	n	%
USF	1 a 4 anos	2	14,3
	5 a 9 anos	5	35,7
	10 a 19 anos	7	50,0
SUBTOTAL		14	100,0
UBS	5 a 9 anos	2	8,3
	10 a 20 anos	9	37,5
	20 a 29 anos	10	41,7
	30 a 49 anos	2	8,3
	Mais de 50 anos	1	4,2
SUBTOTAL		24	100,0

Continua

			Conclusão
Modalidade de Assistência	Tempo de existência	n	%
CSE	30 a 49 anos	1	50,0
	Mais de 50 anos	1	50,0
SUBTOTAL		2	100,0
UBDS	10 a 19 anos	3	60,0
	20 a 29 anos	2	40,0
SUBTOTAL		5	100,0
Especialidades	1 a 4 anos	1	14,3
	5 a 9 anos	1	14,3
	10 a 19 anos	4	57,1
	Mais de 20 anos	1	14,3
SUBTOTAL		7	100,0
Serviços hospitalares	10 a 20 anos	1	20,0
	30 a 49 anos	3	60,0
	Mais de 50 anos	1	20,0
SUBTOTAL		5	100,0
Clínicas – escolas	10 a 20 anos	2	100,0
TOTAL		59	100,0

6.1.3 Caracterização dos entrevistados quanto à idade, sexo, profissão e tempo de serviço na unidade informada.

Para, a coleta dos dados, foram realizadas entrevistas em 57 serviços de saúde e 2 serviços de assistência psicológica prestadas por clínicas-escolas ligadas ao curso de graduação em Psicologia de universidades do município estudado. Porém foram entrevistados 58 profissionais, pois um deles representou duas unidades de diferentes modalidades de atendimento.

De acordo com a Tabela 5, 74,1% dos pacientes eram do sexo feminino, sendo a idade média da amostra é de 47,4 anos.

Em relação à função que os entrevistados exercem no serviço ao qual estão representando, 50,0% são enfermeiros, 34,5% gerentes de unidade. O restante dos

profissionais entrevistados foram dois coordenadores de clínicas – escolas (3,5%), um auxiliar de gerente (1,7%), um médico de medicina de família e comunidade (1,7%), um médico residente em psiquiatria (1,7%), um médico clínico geral (1,7%), uma fonoaudióloga (1,7%), um diretor técnico (1,7%) e um psicólogo (1,7%).

Observou-se que a maioria dos entrevistados (44,9%) trabalha a menos de cinco anos nas unidades de saúde, onde estão atualmente lotados.

Tabela 5 – Caracterização dos representantes das unidades de assistência em saúde e clínicas escola.

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES			
		n	%
Idade	Entre 26 e 45 anos	19	32,8
	Entre 46 e 60 anos	38	65,5
	Acima de 60 anos	1	1,7
Total		58	100,0
Sexo	Masculino	15	25,9
	Feminino	43	74,1
Total		58	100,0
Função	Enfermeiro	29	50,0
	Gerente	20	34,5
	Coordenador de clínica-escola	2	3,5
	Auxiliar de gerente	1	1,7
	Médico de Família e comunidade	1	1,7
	Médico residente em Psiquiatria	1	1,7
	Médico Clínico geral	1	1,7
	Fonoaudióloga	1	1,7
	Diretor Técnico	1	1,7
	Psicólogo	1	1,7
Total		58	100,0
Tempo de serviço	0 a 5 anos	27	46,6
	6 a 10 anos	14	24,1
	11 a 20 anos	14	24,1
	Acima de 20 anos	3	5,2
Total		58	100,0

6.1.4 Presença de especialistas em Saúde Mental na Atenção Básica

De acordo com os dados coletados, há profissionais especializados em saúde mental, atuando em Unidades de Atenção Básica para dar assistência aos pacientes e profissionais envolvidos com essas demandas. Para melhor ilustrar a distribuição desses profissionais nos cinco distritos de saúde, serão apresentados os gráficos abaixo, os quais descrevem as quantidades e as categorias desses profissionais.

6.1.4.1 DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS ESPECIALISTAS EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA, DE ACORDO COM AS REGIÕES DISTRITAIS DE SAÚDE.

O gráfico abaixo demonstra que são oito unidades de saúde que contam com a atuação de profissionais especialistas em saúde mental, distribuídos entre os cinco distritos de saúde. No Distrito Central, duas das seis unidades de saúde, contam com a presença desses profissionais (33,3%). Nos distritos Norte, das dez unidades de saúde, apenas duas unidades contam com profissionais especialistas em saúde mental (20,0%). Nos distritos Leste e Oeste, são uma (14,3%) e três unidades (18,7%), respectivamente. Enquanto, no distrito Sul, não há unidade que possua profissional especializado em saúde mental.

Gráfico 3 - Quantidade de profissionais especialistas em saúde mental, por distrito de saúde.

6.1.4.2 CATEGORIAS DOS PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

De acordo com o Gráfico 4, são dezessete profissionais especializados em saúde mental que atuam na Atenção Básica. No Distrito Central estão lotados dois psicólogos, dois terapeutas ocupacionais e dois médicos psiquiatras totalizando 35,3%. No Distrito Norte são dois psicólogos (11,8%), no Distrito Leste um psicólogo, um médico psiquiatra e uma enfermeira especializada em saúde mental (17,6%). O Distrito Oeste concentra o numero de profissionais especialistas na Atenção Básica igualmente ao Distrito Central, sendo três psicólogos, um terapeuta ocupacional, um médico psiquiatra e uma enfermeira especializada em saúde mental, totalizando 35,3%.

Gráfico 4 - Categorias dos profissionais especializados em saúde mental, na Atenção Básica

6.2 Descrições dos tipos de atendimentos oferecidos nas unidades de saúde e fluxo de assistência em saúde mental no município estudado.

6.2.1 Categoria 1: Modalidade de atendimento em Saúde Mental

Entrevistando os profissionais das unidades de saúde do município, foi identificado o trabalho que cada unidade realiza e o fluxo de atendimentos aos pacientes com queixas relacionadas à saúde mental. Uma mesma unidade pode ter mais de um tipo de atendimento, que são descritos a seguir.

	Subcategorias	Número de respostas	Descrição das falas dos entrevistados
USF	Seguimento/ atendimento individual	10	<p><u>“Aqui a gente faz...é, como são médicos da família né, medico de família, então assim, a gente acaba acompanhando. Boa parte desses pacientes a gente acompanha aqui. O medico inicia a medicação e a gente faz o acompanhamento. A maior parte... porque paciente com depressão, infelizmente, hoje em dia é muito comum e geralmente tá associado com outras patologias, então aí quem faz o acompanhamento somos nós...”</u></p> <p><u>“É...como Médica de Família, a gente tem uma boa formação na parte da área de saúde mental, né. Eu tenho pacientes que seguem só comigo, e pacientes que vão na psiquiatria e seguem comigo”.</u></p> <p><u>“E a gente atende também indivisualmente nas consultas, né. As consultas médicas, as vezes elas são específicas para a saúde mental.”</u></p>
	Acolhimento/ suporte para encaminhamento	7	<p><u>“Então a gente ouve, a gente escuta o que tá sentindo, e dependendo do horário que essa pessoa chegou, a gente pode passar pro médico tudo que tá acontecendo, as vezes eles pedem pra conversar ou pra vir junto também com a gente, porque eles também querem saber melhor toda essa queixa. Em seguida, dependendo do... tudo depende de como ele está, hora ele é encaminhado, a gente orienta procurar o local pra ser atendido...”</u></p> <p><u>“Não existe um atendimento específico sistematizado, mas existe um fluxo de procura de pacientes que têm alguma...algum problema, a família vem procura...nós temos aqui um serviço de acolhimento com classificação de risco onde fica a enfermeira e a médica fazendo as escutas qualificadas. Então nesse acolhimento a gente pega muita demanda de psiquiatria.”</u></p>
	Atendimento Conjunto/ Consultoria Psiquiátrica	5	<p><u>“Então eu tento com alguns pacientes, junto, alternadamente com o médico e além disso, temos o atendimento conjunto, onde o psiquiatra faz junto com a gente o atendimento, e traz aí um pouco desse instrumento da área psi para os enfermeiros e médicos da saúde da família. Isso é uma tendência mundial mas que pra nós ela está muito restrita aos núcleos”.</u></p>

Continua

Continuação

Subcategorias	Número de respostas	Descrição das falas dos entrevistados
Atendimento com profissional específico da Saúde Mental	2	<p><u>“Aqui nós temos a consultoria psiquiátrica de segunda a tarde, além dos atendimentos que tem da pisco e mesmo meu, do médico que a gente faz na parte de saúde mental”</u></p> <p><u>“Ela (aprimorando de psicologia) faz quase a mesma coisa. Tanto ela dá suporte pra gente quando a gente tem dificuldade, quanto ela faz uma avaliação, uma avaliação assim, inicial daquele caso, quanto ela pode dar, em alguns momentos, algumas orientações pontuais com atendimento individual para aquela, para aquele cliente que é levantado alguma demanda mais tranquila, ou talvez até pra ajudar a gente no encaminhamento mais específico daquele paciente”.</u></p>
Atendimento em grupo	2	<p><u>“Fora isso a unidade oferece alguns grupos que são mais voltados pra saúde mental. Por exemplo, um grupo de vivência, que é um grupo que tem o objetivo de pegar pessoas com dificuldades de relacionamento, com depressão, pessoas que vivem sozinhas, pessoas que não tem muitas atividades (...). A gente teve o grupo de caminhada que a gente também considera um grupo de atividade de saúde mental porque é um grupo bastante lúdico e não só pela atividade física, mas ele proporciona também a questão do convívio social (...) da convivência entre eles, da participação, né. De fazer algumas atividades conjuntas, de passear, então é lazer também. A gente tem o grupo de memória, que assim, apesar de ser para estimular a memória, acaba sendo bastante lúdico também, então a gente acredita também que é um grupo que contribui com a saúde mental”.</u></p>
Suporte familiar	1	<p><u>“Como aqui é uma unidade de Saúde da Família, então a gente vê não só o paciente mas ele inserido dentro da família. Porque quando tem algum problema de saúde mental, ou até mesmo uma questão de dependência, não é só o paciente que é afetado...a família acaba tendo uma desestrutura também né....”</u></p>

Continua

	Subcategorias	Número de respostas	Descrição das falas dos entrevistados
	Suporte medicamentoso	1	<u>"A gente acolhe, identifica se tem alguns problemas, tem casos que tem problemas que são pontuais que dá pra gente resolver, as vezes algum conflito... a gente tem muito caso de adolescente assim, e as vezes o nosso médico consulta e já entra com uma intervenção medicamentosa, dependendo do grau de dificuldade ou de problema que essa pessoa esteja passando"</u>
	Atendimento infantil	1	
UBS	Acolhimento/ Encaminhamento	11	<u>"Específico não. A gente tem fluxos pra serem seguidos, a gente segue os fluxos determinados pela secretaria da saúde. Especificamente não. A gente faz o acolhimento e faz os encaminhamentos necessários."</u>
	Não existe suporte para demanda de saúde mental	4	<u>"Aqui! dentro? Não. Só clínico, né!"</u> <u>"O primeiro atendimento que é feito, é pelo clínico geral."</u> <u>É um acolhimento?</u> <u>Não, uma consulta, uma consulta"</u>
	Suporte clínico/ atendimento individual	3	<u>"...tem alguns casos que eles seguem aqui, quando o caso dá pra seguir aqui, eles até seguem... Mas muitos pacientes são seguidos aqui. E eles acabam devolvendo pra gente também, né. Eles fazem o atendimento deles, prescrevem os remédios e manda pra nós. Aí o clínico, cabe a eles, se ele prescreveu o remédio, tudo bem, ele dá o seguimento."</u> <u>"Ou mesmo se ta de rotina, e é detectado numa consulta de rotina, ele faz uma guia de referência e aí a gente encaminha."</u>
	Somente suporte medicamentoso	3	<u>"Se chegar algum paciente em surto, nós temos condições de atender porque nós temos medicação pra fazer a contensão medicamentosa, e depois ele é encaminhado, né."</u> <u>"Não direto, né. O acompanhamento ele é feito mais na saúde mental mesmo, né. Agora, se precisa assim... se ta numa crise, ou ta faltando alguma medicação, aí o clínico faz esse respaldo, mas não corriqueiramente. Não faz um tratamento corriqueiro da saúde mental, vamos dizer... o controle desse paciente, em geral, não é feito aqui."</u>

Continuação

	Subcategorias	Número de respostas	Descrição das falas dos entrevistados
	Atendimento individual específico em Saúde Mental	2	<u>"Para atendimento de criança. Atende criança e pré – adolescente (...) Elas vêm através de agendamento. Passando na unidade do distrito, quando se tem a necessidade do encaminhamento, aí elas vêm para uma lista de espera e elas vão chamando essas crianças"</u>
	Atendimento em grupo	2	<u>"Ela que faz o atendimento, individual ou em grupo... então ela forma grupos né. De criança, de adolescentes, de pais..."</u>
	Visitas domiciliares	1	<u>"Assim, a gente acaba assim, não bem particularmente de saúde mental, mas a gente acaba sempre, sempre investindo. Prestando assistência, né, porque a gente, nós temos os nossos pacientes, né e muitas veze só paciente precisa de uma visita domiciliar, precisa de alguma coisa, então a gente realiza visita domiciliar duas vezes por semana, então não pega só..."</u>
CSE	Acolhimento/ suporte para encaminhamento	2	<u>"...mas a gente tem como retaguarda as unidades do nosso Distrito, de Saúde Mental (dois CAPS)".</u>
	Atendimento em grupos	1	<u>"Oh, eu considero, aí sou eu que estou dizendo, né, os grupos de promoção à saúde, que é uma porta de entrada também..."</u>
UBDS	Pronto atendimento	3	<u>"Aqui a gente trabalha com pronto atendimento, então o paciente chega no P.A., passa por uma avaliação médica, vai para uma avaliação no CAPS III e se necessário retorna para aguardar vaga para internação".</u> <u>"Só demanda espontânea. Por ser via urgência, tá? Via P.A. Porque a porta de entrada da saúde tem que receber. Ninguém pode ser... Pra internar, pra começar um acompanhamento tem que ser por essa via".</u>
	Acolhimento/ Suporte para encaminhamento	1	<u>"Se a pessoa está em surto, primeiro gosto de conversar com a pessoa, assim, se ta gritando, se ta chamando atenção: "vem cá, vamos lá conversar numa sala".</u>
	Atendimento individual/ consulta médica	1	<u>"E a gente atende também indivisualmente nas consultas, né. As consultas médicas, as vezes elas são específicas para a saúde mental."</u>

Continua

	Subcategorias	Número de respostas	Descrição das falas dos entrevistados
	Atendimento Psicólogo Infantil	1	<u>"Psicólogo só infantil, que trabalha aqui dentro. Psicólogo é atendimento em geral, da rede!"</u>
	Atendimento psiquiátrico	1	<u>"A gente tem o psiquiatra aqui dentro que ele faz consulta para os ambulatórios. Então ele atende geralmente quem já é atendido aqui dentro e outra especialidade encaminha. Ele atende segunda e terça psiquiatria ligada à geriatria e quinta e sexta psiquiatria geral. E quarta feirada plantão no pronto atendimento."</u>
Especialidades	Todo suporte para pacientes e familiares	4	<u>"Tem as oficinas, que geralmente são em grupos, grupo terapêutico, e aí tem as várias classificações, né, mas basicamente a gente chama de oficinas os atendimento em grupo. É... tem os atendimento individuais também, tem atendimentos pra família (individual e em grupo) a gente faz visitas domiciliares, discussão de caso com outros equipamentos, acolhimento, visita técnica a outros equipamentos. Tem pras clínicas conveniadas, né. Aí uma vez por mês a equipe vai, pra ver como é que tá."</u>
	Atendimento individual	2	<u>"No ambulatório ele é acolhido por uma enfermeira, essa enfermeira vai marcar uma triagem com o médico (primeiro atendimento psiquiátrico, e no geral isso é em trinta, quarenta dias, as vezes um pouco mais, um pouco menos, mas é nessa faixa)".</u> <u>"Na verdade é atendimento secundário, especializado, né. Era pra também ter grupal, mas nós não estamos tendo perna não. São muito poucos funcionários..."</u>
	Suporte familiar	2	<u>"Suporte familiar (Reunião de família uma vez por semana – aberto a todos os familiares)"</u> <u>"E tem algum suporte às famílias?"</u> <u>Sim, a gente, a enfermagem faz..."</u>
	Atendimento em grupos	1	<u>"Atendimento em grupo (grupo de musicoterapia, grupo terapêutico, grupo de educação física com enfermeiro voluntário, grupo de T.O., grupo de família, oficina de cinema com enfermeiro voluntário)"</u>

Continuação

		Número de respostas	Descrição das falas dos entrevistados
	Atendimentos de emergência	1	<u>“Por outro lado, a unidade do CAPS passou a ficar sobrecarregada com essa questão de atendimento de urgências e uma série de condições que começaram a ocorrer. Em primeiro lugar, nós tivemos que dividir a mesma equipe pra cuidar de harmonizar isso com o sistema de urgência, o CAPS é quem faz as avaliações para entrada no SISAM de quase toda a rede. Então, por exemplo, a rede municipal, se um paciente está aqui numa distrital, ele não pode encaminhar direto para o hospital psiquiátrico, ele tem que ter a avaliação de um psiquiatra. Essa avaliação é feito por um psiquiatra aqui”</u>
Serviços Hospitalares	Todo tipo de assistência/ suporte para pacientes e familiares	2	<u>“Na verdade a gente tem um cronograma de atividade, que é uma atividade atrás da outra, né. Tem atividades individuais também, mas o que predomina é o atendimento em grupo. Então é...tem...é... grupo operativo, que é os residentes que fazem, grupo da terapia ocupacional, tem grupo de atividade física, tem o grupo de educação e saúde da enfermagem, tem uma voluntária que dá o grupo de Yoga, relaxamento, tem bastante coisa... Tem o grupo de teatro, que é uma docente da enfermagem que vem dar o grupo aqui.”</u>
	Atendimentos ambulatorial e enfermarias	2	<u>“A gente faz os atendimentos tanto a ambulatoriais quanto à enfermaria. Través sempre de um pedido de interconsulta, quanto de um pedido de encaminhamento.</u>
	Atendimentos em grupo	1	<u>“Agora, agente tem alguns grupos que a pessoa pode participar mesmo ela não estando em semi internação. Tem alguns grupos que são abertos, né. Então daí, por exemplo, às vezes acontece da pessoa vir para o acolhimento, e a gente encaminha a pessoa, por exemplo, para o grupo de Borderline. A gente tem um grupo aqui que é voltado para o transtorno de personalidade Borderline, e daí a gente encaminha para o grupo e a gente vê que o respaldo do grupo acaba sendo o suficiente para o que a pessoa precisa, né. Então a gente tem o grupo de depressão que também é aberto, o grupo de teatro... a gente tem alguns grupos que são abertos pra pessoa participar mesmo que a pessoa não esteja em semi internação.”</u>
	Apenas suporte medicamentoso	1	<u>“Basicamente remédio. Então é diagnóstico e tratamento dos sintomas agudos”</u>

Continua

	Subcategorias	Número de respostas	Descrição das falas dos entrevistados
Clínicas escola	Diferentes modalidades de atendimento	2	<u>“Todos os alunos fazem todos os estágio, então todo mundo vai para escola, tem uma experiência de observação, de avaliação, de uma criança, ou de alguma classe, ou de alguma coisa no contexto escolar. Todo mundo vai para empresa, todo mundo atende orientação vocacional, todo mundo atende alguém que tem algum tipo de necessidade especial, aí isso vai variar, claro, se prefere... Então todos fazem todos os estágios. (...) Vão para o hospital e fazem psicodiagnóstico também, tá. Então tem um estágio de psicologia da saúde realizado no hospital. Então todo mundo dá ênfase clínica têm essas experiências. É no hospital Beneficência Portuguesa. Na ênfase institucional, a variedade dos estágios é maior ainda (...) e eles também vão para o hospital e fazem psicoterapia de grupo, mas eles fazem... tem experiência de intervenção em promoção de saúde em criança, em adolescente, e em adultos. Estágios em instituições, saúde do trabalhador, plantão psicológico e saúde da família. Por isso a nossa abrangência dos tipos de atendimentos é muito grande, né. Talvez a gente não atinja um público muito grande em cada um, mas a gente consegue atingir uma variedade de possibilidades.”</u>

Nessa categoria, a subcategoria **acolhimento** é considerada para todo e qualquer contato realizado inicialmente com o paciente ao procurar a unidade de saúde, incluindo demandas relacionadas à saúde mental. Quando se trata de um atendimento voltado exclusivamente para um suporte relacionado às queixas de saúde mental, a subcategoria é **atendimento individual**, que se trata de um atendimento específico com o intuito de investigar as queixas relacionadas à essas demandas, que ajuda a dar um direcionamento para cada caso.

A subcategoria **suporte para encaminhamento**, trata-se de representar a prática de proporcionar um apoio ao paciente até que seja corretamente encaminhado a um serviço especializado.

Dentre as Unidades de Saúde da Família, dez unidades (71,4%) identificaram realizar seguimentos dos pacientes com demandas em saúde mental, através de **atendimentos individuais**. Sete entrevistados (50,0%) identificam que as unidades, as quais estão lotados, realizam **acolhimento** dessas demandas, e oferecem

suporte para a realização dos encaminhamentos. Cinco entrevistados (35,7%) identificam os atendimentos em **consultoria psiquiátrica** (atendimento conjunto) como ações de assistência em saúde mental. Duas respostas (14,3%) identificaram também, a prática de atendimentos realizados por profissionais especializados em saúde mental e mais duas respostas (14,3%) identificaram o **trabalho em grupo**, como suporte para assistência em saúde mental. Um dos entrevistados (7,1%) identifica o desenvolvimento de ações de **suporte familiar**, um (7,1%) **de suporte medicamentoso** e um (7,1%) identifica os **atendimentos infantis** numa das unidades de saúde da família.

Dentre as Unidades Básicas de Saúde, onze respostas (45,8%) identificaram **acolhimento/suporte para encaminhamento** como modalidade de assistência em saúde mental. Porém, quatro entrevistados (16,7%) identificaram que **não existe** ação desenvolvida pela unidade como sendo relacionada às demandas de saúde mental. Três respostas (12,5%) identificaram **atendimentos individuais** através de um suporte clínico como suporte em saúde mental. Também foram identificadas três frequências de respostas (12,5%) para **suporte medicamentoso** das queixas relacionadas à saúde mental.

Ainda entre as Unidades Básicas de Saúde, foram identificadas duas respostas (8,3%) que relataram **atendimentos individuais** por profissionais específicos para as demandas de saúde mental e duas respostas (8,3%) que relataram, também, **atendimentos em grupos**. Uma resposta (4,2%) demonstrou, ainda, as **visitas domiciliares** como ações que contribuem para assistência em saúde mental.

Nas unidades que são classificadas como Centros Saúde Escola, são realizados **acolhimento/ suporte para encaminhamento** (100,0%) e uma unidade (50,0%) relatou realizar também **atendimento em grupos**.

Dentre as Unidades Básicas e Distritais de Saúde (UBDS), três frequências de respostas (60,0%) identificaram os **pronto atendimentos** como assistência em saúde mental. Outras subcategorias foram identificadas como uma resposta cada uma delas: **acolhimento/suporte para encaminhamento** (20,0%), **atendimento individual** (considerando, aqui, as consultas médicas), **atendimento infantil** (realizado pelo psicólogo) (20,0%), e **atendimento psiquiátrico** (20,0%).

Entre as especialidades, a assistência prestada apresenta algumas subcategorias: quatro respostas (57,1%) para **tudo suporte para pacientes e**

familiares, que se trata de uma subcategoria que engloba muitas ações assistenciais como acolhimentos, atendimentos individuais, atendimentos em grupos, suporte familiar, suporte medicamentoso. Duas frequências respostas para cada uma das subcategorias **atendimento individual** (28,6%) e **suporte familiar** (28,6%). Foram também identificadas mais duas subcategorias com uma frequência de resposta, cada uma: **atendimentos em grupos** (14,3%), e **atendimento de emergência** (14,3%).

Para a assistência em saúde mental, a rede de saúde municipal conta ainda com o suporte dos serviços terceirizados, prestados pelos hospitais existentes. A assistência hospitalar subdivide-se em quatro subcategorias: **Todo tipo de assistência/ suporte para pacientes e familiares** (duas respostas – 40,0%), **atendimentos ambulatoriais e enfermarias** (duas respostas – 40,0%), **atendimentos em grupos** (uma resposta 20,0%) e **apenas atendimento medicamentoso** (uma resposta – 20,0%).

Além de todas as modalidades de assistência apresentadas pelo sistema de saúde, em seus diferentes níveis de complexidade, há também que se levar em consideração a assistência prestada pelas clínicas escola, vinculadas a cursos de graduação em psicologia. Por tratar-se de estágios de formação acadêmica, há uma grande variedade de ações assistenciais em saúde mental dependendo do número de alunos e das distribuições das disciplinas por período.

6.2.2 Categoria 2: Problemas para continuidade do tratamento após encaminhamento e/ou contra referência.

Após entrada no serviço de saúde, o usuário pode ser encaminhado a outros serviços de acordo com a especificidade do seu tratamento. Uma vez encaminhado, algumas dificuldades podem ou não ser encontradas para que o tratamento tenha continuidade. Dessa forma, estão descritas no quadro abaixo as subcategorias que exemplificam a percepção dos entrevistados a respeito das dificuldades encontradas.

	Subcategorias	Número de respostas	Descrição falas dos entrevistados
USF	Fragmentação do cuidado	3	<p><u>“E eu acho que a compreensão do todo do paciente não é essa a visão? Não é essa a intenção? De ver a pessoa no todo, no global? Porque a integralidade seria pra todo profissional, né.”</u></p> <p><u>“Tem pacientes que não quer ir para outras clínicas, porque acha que são muito duros. Eu não sei porque não estou lá. Estando aqui, eu sei que a gente escuta a pessoa, vê o que pode fazer.”</u></p> <p><u>“Quando ele fica na UE ou no HC campus em geral vem a contra-referência escrito. Mas assim...é ruim né, é fragmentado, porque aí fica um atendimento fragmentado, né. O paciente refere o que ele sabe dizer, ou ele traz uma receita, ou aí eu acho que atrapalha muito. A receita é pra renovar, a gente não sabe se vai continuar atendendo lá ou não. Se a gente vai assumir, o que a gente vai assumir?”</u></p>
	Dificuldade do paciente em relatar o próprio tratamento	3	<p><u>“Traz muito problema. Ainda mais que aqui é uma área de favela, muita gente analfabeta... não sabe falar o que toma, como toma, então as vezes fica muito difícil de responder. Não sabem falar o diagnóstico... então atrapalha bastante sim.”</u></p>
	Dificuldade do paciente em relatar o próprio tratamento	3	<p><u>“Nossa com certeza! Sem dúvida, porque principalmente assim, na área de saúde, então, as vezes tem vários medicamentos, começa com um, não da certo, troca. Sem contar a parte de terapia mesmo de grupo e como tá o andamento do paciente. O paciente volta e não sabe dizer o que ta tomando, não sabe dizer como ta o acompanhamento dele. Se mudou o diagnóstico. Então a gente fica meio que amarrado...”</u></p>
	Não há problemas	2	<p><u>“geralmente eles ficando mesmo no serviço e a gente fazendo a outra parte. A parte geral e ir acompanhando isso. Mas acho que acaba sendo assim... na verdade assim, eu acho que no cuidado a gente tem até mais vantagem do que o serviço especializado porque a gente ta muito mais perto dele. Eu acho que não é tão difícil por conta disso. Porque a gente não tem o agente comunitário, porque o paciente ta vindo aqui. Então eu acho assim, que só não é tão difícil por conta disso.”</u></p>

Continua

	Subcategorias	Número de respostas	Descrição falas dos entrevistados
	Dificuldade do próprio paciente em vincular-se a diferentes serviços	1	<u>“Ah tem, ah tem. Interfere sim. Interfere porque apesar dele... é assim: ele cria alguns vínculos, né, e as vezes quando ele estabelece um determinado vínculo e dependendo se ele surta, ou se ele tá de uma determinada forma, ele começa passar por outros serviços, isso com certeza influencia sim.”</u>
	Sobrecarga de demanda	1	<u>“Tem o profissional despreparado, tem o burnout também, tem o fluxo de atendimento... falta o serviço estruturado. Não adianta você achar que...que eu me lembre, a saúde mental tem a Maria Luíza, de psicólogo. Em 1993, eu trabalhava dentro do Cuiabá, nós fizemos uma quantificação que o Distrito precisava de 12 psicólogas...em 93, nós estamos em 2013.... que eu me lembro, é uma. Não sei se tem outra que eu não conheço.”</u>
	Duplicidade de tratamento	1	<u>“A gente faz coordenação de cuidados, a gente segue contínuo, pra acompanhar...algo momentâneo, dúvida, uma demanda de atenção primária, a gente que resolve, mas tem que ser...o que acontece algumas vezes é que quando há...por exemplo um convênio dá uma discrepância de atuação... quando é SUS daqui, HC, geralmente a coisa é mais tranquila.</u> <u>Aqui tem muita gente que tem convênio e vem aqui, aí dá problema. Ele até vem aqui, mas ele faz o que o médico de lá diz, faz o que o médico daqui diz, e aí fica...a gente pede pra ele escolher.”</u>
	Sim	1	
UBS	Deficiências na contra referência	7	<u>“ ele volta pra unidade e deveriam informar o medico deixar no prontuário, isso é importante. É que a gente está com um sistema online, mas nem todos os lugares fazem. Então não sei se na saúde mental eles fazem esse tipo de registro.”</u> <u>“Lógico! Se tivesse uma contra referência, isso iria ajudar muito, né! Pelo menos você sabe que ele tá fazendo o tratamento. Porque tem uns que a gente encaminha e se ele voltar a gente não sabe”</u>

Continuação			
	Subcategorias	Número de respostas	Descrição falas dos entrevistados
UBS	Deficiências na contra referência	7	<p><u>“Faz falta, porque acaba a medicação e eles vêm aqui. Então faz falta... Eu acho que é um problema, porque você não consegue dar continuidade, você não sabe se está seguindo. Porque é um paciente que pára um tratamento e vem procurar a unidade, que como você não tem experiência na consulta, não tem como dar continuidade. É um tipo de paciente que pára, infelizmente!”</u></p> <p><u>“Se tivesse contra-referência, aí até da pra dar seguimento, agora sem contra referência fica difícil, aí fica pipocando, porque sempre vai ser um começo. A hora que ele chega aqui, a gente não sabe o que fez se não tem especialidade, a gente manda de novo, aí fica pipocando.”</u></p>
	Não há problemas	6	<p><u>“é o Ambulatório de Saúde Mental, e tem assim... a porta é muito aberta, sabe, eles sempre estão prontos pra atender a gente. Tem dia que eu ligo três, quatro vezes pra pedir alguma coisa...então é...não tenho dificuldade de acesso a eles, entendeu? E lá eu vejo assim (não sei em outros lugares, mas é o lugar que mais tenho contato), eles são muito bem preparados, até a recepcionista sempre orienta alguma coisa que...que dá um clarão pra gente.”</u></p> <p><u>“Olha, deixa eu te falar uma coisa. Sinceramente assim, eu não vejo não. O paciente a partir do momento que ele se submete, seja a um tratamento básico ou um tratamento especializado, ele tem que ter responsabilidade. Então a quebra do vínculo aí vai ser se ele quiser. Então eu não vejo, eu não vejo muita dificuldade por aqui, se o paciente, for um paciente responsável(...) Eu acho que isso não influencia não.”</u></p>
	Sim	5	

Continua

Subcategorias	Número de respostas	Descrição falas dos entrevistados
Muita demanda e pouco profissional	4	<p><u>“É eu acho que, assim, que é muito serviço, até entendo, né, que são muitos profissionais, mas realmente fica falho, né, e aí quando chega na questão da saúde mental que tem uma demanda muito grande, cada vez maior, e tem um numero pequeno de profissionais, eu acho que aí que a coisa aparece mais.”</u></p> <p><u>“É o seguinte: como em toda unidade de saúde, o CAPS e o Ambulatório de Saúde Mental, tem profissionais em número muito reduzido, ta!? E não contemplam a demanda da saúde mental de Ribeirão Preto e toda região. Saúde Mental passando por álcool, drogas, né... e outros distúrbios de psiquê das pessoas, né, esquizofrênia, etc... então é bastante complicado.”</u></p>
Muita demanda e pouco profissional	4	<p><u>“Eu já tive paciente com depressão, chorando, sem vontade de viver... e as vezes tem que esperar três meses, quatro meses por uma vaga. E aí vai num lugar, vai no outro... tenta daqui, tenta dali</u></p> <p><u>“Eu acho assim... é... eu acho que tem pouco psiquiatra na rede. Vai pra lá e não é atendido, então o paciente fica meio perdido. Isso eu acho, sabe!? Porque tem gente poderia estar indo, fazendo algum grupo, tentando uma ajuda meio assim, mas que eu acho que não tem.”</u></p>
Deficiências no diálogo entre diferentes profissionais	1	<u>“Acho que tem a dificuldade de cada um ver o outro lado, por realmente não conhecer o serviço do outro, né então eu acho que dificulta sim, pro próprio paciente”</u>
Não sabe responder	1	<u>“Olha, eu não vou poder te responder isso, porque eu ainda não tenho conhecimento de nenhum que foi encaminhado pra eles daqui da unidade. Pode até ser que tenha, algum médico já tenha mandado, mas que tenha acontecido algum problema e que venha pra mim... eu não recebi nenhuma reclamação, nada de...e é bem recente mesmo. Psiquiatra é pouquíssimo tempo, acho que foi o finalzinho desse ano, psicólogos foi mais ou menos setembro, outubro, é muito recente, então... o fluxo ainda tava sendo deteriorado, a gente ainda tava...né. Então esse ano pode ser que a gente tenha alguma base, mas por enquanto eu não vou poder te dizer, não vou poder te responder isso.”</u>

Continuação		
Subcategorias	Número de respostas	Descrição falas dos entrevistados
Baixa adesão do paciente com a continuidade do próprio tratamento	1	<u>“Eu observo assim: tem muitos pacientes que eles deixam de tomar medicação, eles não votam no retorno, as vezes começam querer entrar em surto, aí a família procura aqui, aí onde que a gente faz esse novo contato, manda...principalmente pacientes de dependência química, né, que tem esse problema de não aderir ao tratamento.”</u>
Baixo número de atendimentos	1	<u>“...porque não consegue ter um seguimento como deveria ser feito. Existe a reincidência do paciente... eu falo isso porque eu trabalho em distrital também, né... o retorno que tem do paciente, que é seguido na psiquiatria por diversas vezes voltando em surto, ou surto psicótico e a maioria das vezes por demanda de drogadição. então é muito retorno. Isso significa que o paciente não tá tendo a quantidade de atendimento que seria adequado, senão não estaria voltando tantas vezes.”</u>
Dificuldade de acesso a serviços especializados	1	<u>“...nem sempre eles tem acompanhantes, são muito carentes sabe, de condução, de acompanhantes. Eu acho complicado sim. Quando vem pra cá, as vezes pedem passe pra ir até a consulta, mas eu sei que vão né, porque tem vários pacientes que fazem acompanhamento lá, mas é complicado não tem um profissional próximo, mais próximo da gente, nem na distrital...”</u>
CSE		
Deficiências na contra-referência	1	<u>“Eu acho que a gente tinha que ter isso um pouco mais documentado... a nível de prontuário mesmo. Vir alguma informação assim mais fechadinha mesmo, algo pra gente estar colocando em prontuário, até pra nortear a equipe aqui como conduzir. Acho que a falha é nesse sentido, né.”</u>
Falhas no fluxo assistencial em Saúde Mental	1	<u>“É uma coisa que precisa ser construída, já que você está falando em fluxo, eu acho que é fluxo diferente pra saúde mental. Saúde Mental não conseguiu ainda, não conseguiu é palavra minha. Se vincular à Central de agendamento, a Regulação, né. Eu acho que atende diferente, tudo bem, mas isso prejudica um pouco (...). Então eu acho que era necessário criar um espaço lá na regulação. No meu ponto de vista. Tudo é hoje informatizado. Eu acho que a informação ajuda, da mais sentido para o seguimento.”</u>

Continua

	Subcategorias	Número de respostas	Descrição falas dos entrevistados
UBDS	Deficiência na contra-referência	2	<u>“Mas aí a gente não fica sabendo, não tem nem como a gente acompanhar. Mesmo porque aqui é P.A., atua ali na emergência... acho que falta esse entrosamento”.</u>
	Baixa adesão do paciente	1	<u>“Quando encaminha, necessita seguir o fluxo, depende do paciente dar continuidade. A gente tenta fazer com que as coisas aconteçam.”</u>
	Pouco esclarecimento sobre o sistema de saúde	1	<u>“Por isso que nós temos um pronto atendimento hiper lotado, porque as pessoas não entendem que pronto atendimento é só pra urgência... ele vê tudo por um bloco só. Você pergunta pra um paciente: “você não é seguido por um clínico?”. Ele fala: “sou, lá no P.A.”.</u>
	Baixo número de profissionais	1	<u>“Poucos profissionais – melhorias com aumento do número de profissionais implantação do NASF”</u>
	Ausência de suporte de profissional especializado	1	<u>“Ah eu acho sinceramente, paciente aqui, paciente que vai para o CAPS e volta, ele não tem o que fazer, porque ele vai ficar só deitado, a gente não tem nenhuma Terapia Ocupacional, a gente não tem nada diferente que um CAPS tem.”</u>
Serviços especializados	Sem problemas	2	<u>“Eu acho que isso é bom. Acho que você consegue construir...o vínculo que mantém o paciente aqui. Por exemplo, tem uma paciente que a gente não conseguiu o vínculo com ela, mas assim, a unidade básica conseguiu, então assim... tem um acordo com a gerente, a gerente que dá o remédio pra ela. Então todo dia ela vai lá e a gerente dá o remédio pra ela. Uma vez por mês a menina vem aqui, a cada quarenta dias, passa com o médico, e a gente manda a medicação pra gerente e a gerente distribui essa medicação diária pra ela. Isso precisaria muito mais...”</u>
	Falta trabalho em rede	2	<u>“nós não somos ligados a unidade de saúde da família, que falta... CAPS e unidade de saúde da família tinham que caminhar juntos, né. Então isso falta. E a gente sente muita falta disso, porque muitos pacientes nosso poderiam estar muito bem...”</u> <u>“....eu acho que a rede de Ribeirão Preto é bem pouco articulada</u>

Continuação

	Subcategorias	Número de respostas	Descrição falas dos entrevistados
	Duplicidade de tratamento	2	<p><u>“Assim, muitas vezes, o que a gente tem tido mais frequentemente é a sobreposição. Vou te dar um exemplo, um geriatra tá tratando global e o psiquiatra tá tratando da saúde mental, aí o geriatra usa um antidepressivo, aí chega aqui, e nem sempre é identificado imediatamente e é dado outro tipo de antidepressivo. O paciente não dá a informação precisa e aí acontece sessa sobreposição. Nesse momento é pela falha de comunicação. Seja do paciente, seja do serviço....”</u></p> <p><u>“Então ele vai, ele acha que ele tem que ir passando e vai passando em médico e vai examinando, ele não fala pra gente: “olha, eu colhi sangue faz duas semanas e tal”, e aí às vezes a gente não consegue encaminhar, olha lá e ele colher tal dia, ainda tá valendo... então tem essa...acontece esse tipo de coisa.”</u></p>
Serviços Hospitalares	Deficiências na contra referência	1	<p><u>“Há muitos casos ali que tem uma dificuldade de comunicação, de interação... o médico do posto fala...tem algumas recomendações. Os médicos aqui do HC são, usam as vezes, palavras diferentes, o que causa aí uma dificuldade na comunicação com o paciente que dificulta muitas vezes o tratamento dele (...). Eu acredito que essa dificuldade de interação e de comunicação dificulta tanto o papel do psicólogo, a atuação do psicólogo, como os aspectos gerais dos atendimentos do pacientes. A gente conta com o relato do paciente, mas não há uma troca direto entre as unidades básicas de saúde e nosso hospital.”</u></p>
	Depende da criação de vínculo	2	<p><u>“Se o lugar que a gente manda tem uma estrutura legal, não, não dá. O problema é mandar para um lugar onde o seguimento não vão ser muito bem estruturado, porque aí acaba que desanda, e as vezes, ele volta.”</u></p>

Continuação

Subcategorias	Número de respostas	Descrição falas dos entrevistados
Depende da criação de vínculo	2	<u>“Se o local que você estiver mandando, tiver compromisso com os pacientes... agora comprometimento é um elo forte. Da mesma forma que a gente assume um compromisso com esse paciente. O outro local também tem que ter. Então se eu encaminho um paciente, se nós encaminhamos um paciente para o Ambulatório de Saúde Mental e ele não tiver condições de seguir esse paciente, realmente a adesão lá cai. Mas se ele tem...dá essa continuidade, eu acho que não prejudica em nada. Eu acho que é claro...existe um vínculo formado aqui durante a internação com a gente, aí ele vai para outro serviço...se essa equipe recepcionar esse indivíduo de forma a formar um vínculo, a continuidade do tratamento tá garantida. Agora, se esse vínculo não for criado, aí a coisa complica. Porque paciente vê muito isso... se ele não é bem recebido no local que ele vai, e aí compromete o tratamento dele. Inclusive o que fez aqui.”</u>
Condições socioeconômicas precárias	1	<u>“O que as vezes acontece, é o paciente ter uma condição de vida tão ruim, ou uma relação familiar tão ruim, que as vezes ele prefere ficar aqui do que voltar.”</u>
Falta de articulação entre os serviços de saúde	1	<u>“É...a.... eu acho que a rede é bem pouco articulada (...)Mas... é... a gente percebe que a questão da continuidade do tratamento é bem complicado, né. Tanto que a gente tem muito (acho que isso é a realidade de todos os serviços, né), a gente tem muita reincidência, muita reinternação. E gente até tenta, né (...). Então a gente vê que quando o paciente volta pra cá, né, muito daquilo que tinha sido feito na internação anterior acaba se perdendo, né. Eu acho que isso na rede como um todo, não existe uma articulação. O diálogo é bem precário.”</u>

A categoria acima descreve que entre as Unidades de Saúde da Família, uma das maiores dificuldades apontadas para a continuidade do tratamento em saúde mental, após paciente ser referenciado é a **Fragmentação do cuidado**, pois três entrevistados (21,4%) relataram sobre as dificuldades de formação de vínculos nos serviços especializados, o que pode acabar prejudicando uma visão integral no

tratamento do paciente. Com a mesma freqüência de respostas, também foi apontada a **dificuldade do paciente relatar o próprio tratamento** (21,4%). A subcategoria que relata que **não há problemas** para continuidade do tratamento foi representada por duas respostas (14,3%). Também foram destacadas as subcategorias **sobrecarga de demanda** (7,1%) e **duplicidade de tratamento** (7,1%) como problemas apontados para continuidade do tratamento com uma resposta cada uma.

Dentre as Unidades Básicas de Saúde, a subcategoria com a maior freqüência de respostas (sete respostas - 29,2%) foi **Deficiências na contra referência**, o que sugere que os profissionais acreditam que problemas na troca de informações a respeito do seguimento do paciente podem atrapalhar a continuidade no tratamento. Porém, seis participantes (25,0%) responderam que **não há problemas para a continuidade** pois existe um bom vínculo dos profissionais com os serviços de referência. Numa freqüência de cinco respostas (20,8%), há a subcategoria que os profissionais afirmaram que existe um problema para continuidade do tratamento em saúde mental, porém **não o identificam**. Outros problemas foram apontados, como a subcategoria **muita demanda e pouco profissional** que aparece com a freqüência de quatro respostas (16,7%). Essa subcategoria retrata a preocupação dos profissionais com a demora na espera para conseguir uma vaga, quando há necessidade de um tratamento mais específico.

Com uma resposta cada, foram também destacadas as seguintes subcategorias: **deficiências no diálogo entre diferentes profissionais** (4,2%); **não souberam responder** (4,2%); **baixa adesão do paciente** (4,2%); **baixo número de atendimentos na especialidade** (4,2%), o que pode proporcionar muitos casos reincidentes; **dificuldade de acesso aos serviços especializados** (4,2%) devido a dificuldades socioeconômicas do próprio paciente.

Os representantes dos Centros Saúde Escola, apontaram que os problemas acontecem devido a **problemas na contra referencia** (50,0%) e **falhas no fluxo assistencial da saúde** (50,0%).

Ainda no âmbito da Atenção Básica, as Unidades Básicas e Distritais de Saúde (UBDS) também apontaram algumas subcategorias: **deficiências na contra-referência** (duas respostas – 40,0%) o que retrata pouca interação entre as unidades de saúde; **baixa adesão do paciente** (uma resposta – 20,0%); **pouco esclarecimento sobre o sistema de saúde** (uma resposta – 20,0%); **baixo**

número de profissionais (uma resposta – 20,0%); **ausência de suporte de profissionais especializados** (uma resposta – 20,0%).

Dentre os serviços especializados, quando questionados sobre possíveis problemas para continuidade do tratamento em saúde mental, surgiram as subcategorias: **falhas no trabalho em rede** (duas respostas – 28,6%), subcategoria que aponta para a falta de articulação entre os serviços de saúde da rede municipal, além de deficiências no trabalho em rede com outros equipamentos de saúde; **sem problemas** (duas respostas – 28,6%). A subcategoria **duplicidade de tratamento** também com a frequência de 2 respostas (28,6%) demonstra a preocupação dos profissionais em relação ao paciente seguir mais de uma orientação/tratamento ao mesmo tempo. Com a representatividade de uma resposta (14,3%), a subcategoria **foco apenas na especialidade** apontou o problema em relação a resolutividade da atenção básica.

Nos serviços hospitalares, as subcategorias apresentadas reafirmam o que já foi destacado pelos outros serviços: **deficiências na contra referência** (uma resposta – 20,0%); **depende da criação de vínculo** (duas resposta – 40,0%); **condições socioeconômicas precárias** (uma resposta – 20,0%); **falta de articulação entre os serviços de saúde** (uma resposta – 20,0%).

6.2.3 Categoria 3: Suporte/ matriciamento/supervisão profissional da Saúde Mental na Atenção Básica.

Para o desenvolvimento da assistência em saúde mental na rede municipal de saúde, algumas unidades de Atenção Básica, contam com o suporte de profissionais especializados em saúde mental, através de diferentes modalidades, como descritas nas subcategorias a seguir:

	Subcategorias	Número de respostas	Exemplos de falas dos entrevistados
USF	Sim	6	<p><u>“Na verdade tem um psicólogo que é aprimorando do programa de hipertensão e diabetes, então eles fazem um processinho seletivo, aí eles ficam um ano com a gente.</u></p> <p><u>Aí ele só trabalha com hipertensão e diabetes.... então aqueles pacientes hipertensos e mal aderentes, diabéticos também que precisam de suporte psicobiológico. Ele só trabalha nessa áreas e vem duas vezes por semana.”</u></p> <p><u>“Suporte do psicólogo do programa de residência multiprofissional”</u></p> <p><u>“A gente tem a consultoria da psiquiatria. Então toda terça a tarde o Dr. X, ou os residentes dele, que ele tem dois R3, vem e aí a gente tanto discute os casos que nós conduzimos com a supervisão deles, quanto eles atendem alguns casos mais específicos coletivamente pra gente aprender a conduzir e coletivamente pra poder dar diagnóstico. Não chega a ser uma terapia psiquiátrica, mas é uma consultoria. É bem interessante. E a gente atende também individualmente nas consultas, né. As consultas médicas, às vezes elas são específicas para a saúde mental.</u></p> <p><u>(...) E a aprimoranda da psicologia, ela faz que tipo de intervenção?</u></p> <p><u>Ela faz quase a mesma coisa. Tanto ela dá suporte pra gente quando a gente tem dificuldade, quanto ela faz uma avaliação, uma avaliação assim, inicial daquele caso, quanto ela pode dar, em alguns momentos, algumas orientações pontuais com atendimento individual para aquela, para aquele cliente que é levantado alguma demanda mais tranquila, ou talvez até pra ajudar a gente no encaminhamento mais específico daquele paciente”</u></p>
	Não	5	<p><u>“Isso, e eu não precisaria fazer o que eu fiz....desde Fevereiro que eu estou buscando. Tive que estrar em contato com a diretoria da Secretaria da Saúde, fazer um contato com o coordenador da Saúde Mental pra ele poder me ajudar nesse momento, pra ver se tava tudo ok. Tudo bem que o médico daqui já tinha feito a receita e tudo, mas ela precisava é... desse apoio pra poder até entender o que ela estava fazendo lá no CSE, que a gente estava com aquela dúvida.”</u></p>

Continua

	Subcategorias	Número de respostas	Descrição falas dos entrevistados
	Já teve e não tem mais	1	<u>“Quando eu entrei, nós tínhamos o Dr. Y, não sei se você chegou a conhecer ou já ouviu falar? Ele atendia no núcleo de saúde mental do Sumarezinho e nós tínhamos um caderno, livro aqui, onde o Dr. Y vinha uma vez ao mês e todos os casos eram discutidos com ele. Ele atendia lá, mas ele também discutia com a equipe aqui. Gente, mas era muito bom, era excelente, porque às vezes ele ficava sabendo daquele...e a agente comunitária junto conosco, então a equipe sentava pra conversar com o Dr. Y sobre os casos.”</u>
UBS	Não	20	<u>“Não, quando ele tem dúvida, manda para a psiquiatria, o paciente retorna, né, com a medicação que vai usar e eles dão sequência.”</u>
	Sim	2	<u>“Alunos UNIP”</u> <u>“AT.O. faz mais um trabalho com os agentes comunitários. Não assim vinculado mais a unidade, de pegar e agendar...não! É mais assim: os agentes comunitários passam alguns casos pra ela e ela vai nas casas, ou a gente faz um grupinho, reúne e ela participa. Mais pra unidade não.”</u>
	Já teve, mas não tem mais suporte de um profissional específico	2	<u>“A gente já até teve... no caso na época... porque é assim... agente como distrito leste...a gente tem aquelas pactuações do município com as universidades, né. Então a gente já até teve trabalhos de alunos da psicologia que fazia um trabalho aqui com os funcionários. No momento a gente não tem nenhum.”</u> <u>“Já passou por aqui, nesse momento nós não temos, mas já passou por aqui estagiário de psicologia. Da faculdade, veio aqui fazer estágio, nos ajudou, visitou paciente, foi à casa, na época tinha agente comunitário de saúde, tá. Mas nesse momento nós estamos sem essa....”</u>
	À distancia	2	<u>“Aqui, in loco na unidade não. Quando a gente precisa de algum matriciamento nós ligamos para os nossos CAPS, que nós temos aqui, ou pra alguém que possa nos direcionar. Mas que vem aqui in loco nessa unidade, não!”</u> <u>“O suporte que a gente tem é do Ambulatório de Saúde Mental. Não vem nenhum profissional do ambulatório aqui. A gente que quando precisa procura. Aí a gente troca ideia com enfermeiras, a gente conversa com psicólogos, as vezes um médico atende, as vezes é algum ajuste de medicação, o médico daqui liga para o médico de lá e acaba fazendo ajuste da dose. Esse feedback tem, entendeu?”</u>

Conclusão

	Subcategorias	Número de respostas	Descrição falas dos entrevistados
	Treinamento do Pai-Pad	1	<u>"E a gente fez vários treinamentos no Pai Pad. Eu fiz e as agentes comunitárias também fizeram. Mas o problema é crescente. A gente percebe isso. O que mais tem é problema de saúde mental...quando faz visita...."</u>
	Apenas protocolos para auxiliar nos encaminhamentos	1	<u>"Protocolo, por exemplo de atendimento a álcool e drogas né. Um protocolo, de como encaminhar, como chegar, esses tipos de coisa."</u>
CSE	<u>Grupos de apoio</u>	1	<u>"É um grupo comunitário que ele faz há muito tempo. Aqui no HC e no ECEU. É um grupo que fala de transformação, pequenas e grandes. Então as pessoas dão depoimentos, o que transformou, as vezes uma coisa assim, insignificante, as vezes é uma história muito pesada, né. É um grupo bonito que tem mostrado alguns resultados, pra sensibilização, pra transformação de problemas. Ele tem uma legião de seguidores, o dia que ele vem aqui, tem ônibus que para ali..."</u>
	<u>Não</u>	1	
UBDS	<u>Não</u>	5	<u>"Não que eu saiba. O que acontece muito é que a hora que a gente precisa, a gente chega e conversa: "olha estou passando por um problema assim, você pode me atender"? A gente passa o chapéu, pede ajuda. Mas uma coisa sistematizada, não!"</u>

A tabela acima retrata que entre as Unidades de Saúde da Família, seis (42,9%) participantes responderam que **existe algum tipo de apoio, suporte e/ou matrciamento** de profissional especializado em saúde mental na Atenção Básica. Cinco (35,7%) responderam que **não há** nenhum tipo de suporte e um participante (7,1%) ressaltou que **já teve** esse tipo de suporte na unidade, porém no momento não conta mais com o profissional responsável.

Dentre as UBS, vinte unidades (83,3%) relatam **não** contar com suporte de profissional específico. Duas unidades (8,3%) **têm suporte** nessa área, também duas unidades (8,3%) relataram já ter tido, porém também não tem mais. Dois participantes (8,3%) relataram sobre o **apoio à distância**, pois conta com feedback de profissionais dos serviços especializados. Um participante (4,2%) relatou sobre o treinamento do programa Pai-Pad, identificando-o como um apoio para demanda de saúde mental, na atenção básica. E um participante (4,2%) relatou sobre os

protocolos de atendimento, pois sugeriu que ajuda nortear o direcionamento desses casos.

Dentre as unidades de CSE, uma relatou contar com **grupos de apoio** (50,0%), e uma **não tem suporte específico** (50,0%).

Nas UBDS, todas as unidades (100,0%) relataram não haver nenhum suporte de profissional especializado em saúde mental, para as equipes.

6.2.4 Categoria 4: Gestão e fluxo de encaminhamentos

6.2.4.1 ENCAMINHAMENTOS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE PARA SERVIÇOS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE MENTAL

Após o paciente ter dado entrada no serviço de saúde através da atenção básica, e quando necessário realizar o encaminhamento para serviços especializados para seguimento em tratamentos relacionados à saúde mental, os encaminhamentos são realizados para unidades descritas no gráfico abaixo. Cada unidade de saúde pode encaminhar para mais de uma unidade de referência, de acordo com a necessidade de cada caso.

Gráfico 5 – Serviços de referência em saúde mental que recebem encaminhamentos da AB.

No distrito central, duas unidades (33,3%) relataram encaminhar para a unidade distrital, cinco para o CAPS (83,3%), três (50,0%) para Ambulatório de

Saúde Mental e uma unidade (16,7%) ainda citou encaminhar para o CAEERP, como serviço de referência para essas demandas.

No distrito norte, três unidades (25,0%) encaminham para a unidade distrital, seis (50,0%) encaminham para o CAPS, nove (75,0%) encaminham para o Ambulatório de Saúde Mental, uma unidade (8,3%) encaminha para o PAM.

No distrito sul, todas as unidades (100,0%) encaminham para o Ambulatório de Saúde Mental, duas unidades (50,0%) encaminham também para o CAPS, uma (25,5%) para a unidade distrital e uma (25,0%) das unidades relatou ainda encaminhar para regulação para aguardar vaga para internação.

O Distrito Leste realiza encaminhamento para as seguintes unidades de saúde: três unidades (42,8%) para a distrital (UBDS Castelo Branco), duas unidades (28,6%) para o CAPS, também duas unidades encaminham para o ASM, uma unidade (14,3%) referiu encaminhar para a UPA e uma unidade para o PAM para atendimento infantil.

No Distrito Oeste doze unidades (75%) realizam encaminhamentos para o serviço ambulatorial tanto para o Núcleo de Saúde Mental (vinculado ao hospital escola – oito unidades) quanto para o Ambulatório Regional de Saúde Mental (quatro unidades), seis unidades (37,5%) encaminham ao CAPS. Cinco unidades (32,3%) relataram encaminhar para atendimentos em consultoria psiquiática, na própria unidade onde o paciente foi acolhido. Quatro unidades (25,0%) relataram encaminhar para aguardar vaga, via regulação, para serviços hospitalares. Também quatro unidades relataram encaminhar para as unidades distritais (UBDS), três unidades (18,7%) encaminham para atendimentos em clínicas escola e duas (12,5%) encaminham ao PAM.

6.2.4.2 ENCAMINHAMENTOS E CONTRA REFERÊNCIAS DE UNIDADES ESPECIALIZADAS EM SAÚDE MENTAL PARA OUTROS SERVIÇOS

Para o tratamento do usuário que necessita de seguimento em unidades especializadas em saúde mental, muitas vezes há a necessidade de encaminhar para diferentes serviços também de nível secundário, para assistência em serviços hospitalares, ou até mesmo realizar a contra referência para dar continuidade ao tratamento nas unidades de referência. Cada serviço tem a possibilidade e dispõe de uma gama de serviços aos quais poderá encaminhar, portanto, cada unidade

pode relatar mais de um serviço com o qual conta como referência ou contra referência em assistência em saúde mental, como ilustra o gráfico abaixo:

Gráfico 6 – Encaminhamentos e contra referências de unidades especializadas para outros serviços.

Dentre as unidades que prestam assistência específica em saúde mental, quando há a necessidade de diferentes direcionamentos para continuidade do tratamento, quatro respostas (57,1%) apontam que serão encaminhados ao Hospital Santa Tereza, três (42,9%) ao Hospital Universitário, e uma resposta (14,3%) aponta para encaminhamentos à Unidade de Emergência do hospital universitário. Há também três respostas (42,9%) que relataram realizar encaminhamentos ao CAPS, e uma (42,9%) para a unidade distrital.

Há que se considerar ainda, que essas unidades, ao esgotarem as possibilidades de tratamento, realizem contra referências para as unidades que realizaram os encaminhamentos, para que tentem garantir a continuidade no tratamento do paciente. Nesse caso, uma resposta (14,3%) demonstra que a contra referência é realizada para a unidade básica de saúde e três respostas (42,9%) relataram a contra referência para os municípios de referência do paciente.

6.2.4.3 CONTRA REFERÊNCIA DOS SERVIÇOS HOSPITALARES EM SAÚDE MENTAL PARA OUTRAS UNIDADES DA REDE

Quando o paciente está em acompanhamento em serviços hospitalares e necessita dar continuidade ao tratamento em saúde mental, são realizados encaminhamentos e/ou contra referências a diferentes serviços, os quais estão descritos no gráfico a seguir.

Gráfico 7 – Encaminhamento e/ou contra referências de unidades hospitalares para outros serviços

Após encerrarem as necessidades de acompanhamento nos serviços hospitalares, os mesmos encaminham ou realizam contra referência para os diferentes serviços distribuídos no município. Três serviços afirmam encaminhar para a Psiquiatria do Hospital Universitário, dois serviços encaminham ou realizam contra referência para unidades básicas de saúde, e mais dois para ambulatorios de saúde mental. Ocorrem ainda encaminhamentos para CAPS, a Unidade de Emergência do Hospital Universitário, a outros Ambulatórios no Hospital Universitário e a outros municípios.

6.2.4.4 ENCAMINHAMENTOS DE CLÍNICAS ESCOLA PARA SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL

Ao prestarem assistência psicológica para a população, as clínicas escola, eventualmente também necessitam realizar encaminhamentos para direcionar o paciente de acordo com sua necessidade de tratamento. Diante disso, o gráfico abaixo demonstra para onde são realizados os encaminhamentos, quando necessário.

Gráfico 8 – Encaminhamentos das clínicas escola para outros serviços de assistência em S.M.

As duas unidades (clínicas escola) que participaram da pesquisa relataram realizar encaminhamentos para o ambulatório de saúde mental (100,0%) e ao CAPS (100,0%). Contudo, uma das unidades (50,0%) referiu também realizar encaminhamentos para a rede privada.

6.2.5. Categoria 5: Contra referência

6.2.5.1. UNIDADES QUE ENVIAM A CONTRA REFERÊNCIA

No gráfico abaixo são apresentadas as unidades de saúde que realaram realizar contra referência dos casos acompanhados com demandas relacionadas ao tratamento em saúde mental.

Gráfico 9 – Unidades que realizam contra referências.

De acordo com os dados coletados, como ilustrado no gráfico, duas unidades de assistência especializada em saúde mental (28,6%) identificaram realizar o envio de contra referência. Todas as unidades de assistência hospitalar (100,0%) realizam a contra referência informando o tratamento que o paciente realizou, a medicação necessária para continuidade e o que o paciente ainda necessita de acompanhamento em outro serviço. E, dentre as clínicas escolas, uma delas (50,0%) identificou devolver informações sobre o tratamento de algum paciente, quando necessário.

6.2.5.2 UNIDADES DE SAÚDE QUE RECEBEM CONTRA REFERÊNCIA:

Da mesma maneira que se esperam informações sobre pacientes que foram encaminhados, as unidades que recebem esses encaminhamentos necessitam informações de como foi o tratamento do paciente o paciente deu entrada no sistema de saúde, se já passou por algum tipo de intervenção, de quais profissionais, se já foi iniciado algum tratamento medicamentoso, quais demandas foram identificadas.

No quadro abaixo estão apresentadas as unidades de saúde que recebem informações a respeito do tratamento que os pacientes de saúde mental foram submetidos quando encaminhados para serviços de referência.

Gráfico 10 – Unidades que recebem contra referências

De acordo com os dados coletados, apenas no distrito central a maioria das unidades básicas (quatro unidades - 66,7%) afirmou receber a contra-referência relativa aos pacientes de saúde mental que foram encaminhados para tratamentos em outras unidades de assistência. Nos distritos leste, oeste e norte a maioria das unidades afirmou não receber contra referência, sendo cinco unidades (71,4%) do distrito leste, onze unidades (68,7%) do distrito oeste e dez unidades (83,3%) do distrito norte. No distrito sul, duas unidades (50,0%) relataram não receber qualquer contra referência e um participante (25,0%) afirmou, ainda, desconhecer o fato.

Dentre as unidades de assistência especializadas em saúde mental a maioria (seis unidades – 85,7%) relatou receber contra referência dos serviços que atenderam os pacientes encaminhados.

6.2.5.3 DESCRIÇÃO: “COMO SÃO REALIZADAS AS TROCAS DE INFORMAÇÕES - REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIAS E FORMAS ALTERNATIVAS DE ARTICULAÇÃO ENTRE UNIDADES”

Algumas unidades de saúde recebem e/ou encaminham as informações necessárias sobre o tratamento do pacientes de saúde mental. Dessa forma, foram elaboradas subcategorias para ilustrar a maneira que essas trocas ocorrem.

	Subcategorias	Número de respostas	Exemplos de falas dos entrevistados
USF	Não há contra-referência	5	<p><u>“Como qualquer outra especialidade não tem contra referência (...). Acho que é um problema geral.”</u></p> <p><u>“Nunca! E isso é uma coisa gravíssima, eu acho. Aí que a gente mostra que essa questão de fazer um atendimento longitudinal do paciente, ele fica incompleto. Porque assim, as vezes você tem que mandar para as especialidades e elas não se sentem com esse compromisso e nem com essa responsabilidade. Porque é uma responsabilidade fazer isso.”</u></p>
	Egressos de internação hospitalar	3	<p><u>“Recebe, mas não do dia a dia do acompanhamento, só quando sai de internação.”</u></p> <p><u>“A única contra referência que eu recebi até hoje, são os egressos de internação...”</u></p>

Continua

Continuação

Subcategorias	Número de respostas	Exemplos de falas dos entrevistados
Discussão de caso - matriciamento	3	<p><u>“ Na maioria das vezes, não. As vezes a contra referência se dá pelo residente que está passando aqui em consultoria psiquiátrica e está passando lá também e fica sabendo...”</u></p> <p><u>“É que como a maioria a gente consegue resolver na consultoria, a gente ta junto, a contra referência é imediata, né. A maioria a gente consegue dar conta aqui. A maioria. A grande maioria assim. Quando encaminha, encaminha para o próprio Núcleo de Saúde Mental, que como o psiquiatra que está aqui atende lá, ele mesmo agenda pra ele. Então assim, quando ele atende alguém que a gente quer, que a gente tem dúvida, a gente pergunta pra ele. Nossa, é muito bom.”</u></p>
Apenas pelo Sistema Hygia	2	<p><u>“(…) muitas vezes o que você consegue saber alguma informação do paciente é que hoje nós temos, por exemplo, o hygia, né, então você consegue saber alguma medicação que o paciente está tomando, mas falar: olha tem que fazer essa conduta, porque esse paciente está assim... isso não acontece.</u></p> <p><u>Na verdade a contra-referencia que existe, é do próprio paciente. Que ele que relata. Você entendeu? Então muitas vezes, ah não eu já faço acompanhamento na saúde mental...” Na maioria das vezes a própria família já acaba levando o paciente direto pra lá, porque senão, as vezes, chega aqui, e a gente não tem informação sobre esse paciente. Muito difícil ter alguma informação”</u></p> <p><u>“É o que o paciente refere. Ou então o que ta registrado... o paciente tem a receita né, ou então quando ele retira medicação, a gente consegue vê pelo sistema hygia. Mas assim, a gente não tem uma contra – referência, infelizmente.”</u></p>
Guia de contra referencia	2	<p><u>“geralmente na guia rosa, falando qual o tratamento que o paciente ta sendo...que ta sendo realizado lá.... as vezes ele precisa de alguma assistência que é da parte clínica, eles solicitam esse apoio, que as vezes o paciente é hipertenso, diabético... as vezes o paciente ta lá fazendo acompanhamento e as vezes eles ligam pra pedir alguma informação pra ver se é possível fazer alguma coisa. Aí eles devolvem o paciente sempre por escrito.”</u></p> <p><u>“Normalmente vem com uma guia, dizendo que o paciente, a partir daquele período pode continuar fazendo seguimento na rede, e que faz uso desse, desse, e desse medicamento, pronto! Mas não é sempre que vem não. São poucos. Eu conto nos dedos de uma mão e vai sobrar dedo de quando isso aconteceu.”</u></p>

Continua

	Subcategorias	Número de respostas	Exemplos de falas dos entrevistados
UBS	Não há contra referência	15	<p><u>“Não! Por sinal na secretaria é muito difícil você ter a contra-referência, em tudo. Não é só na saúde mental.</u></p> <p><u>Isso que eu acho que é uma grande dificuldade... e que dificulta, né, porque tinha que se conversar melhor, pra saber em que que vai proceder... só sabem falar assim: “vai La no postinho da sua abrangência e só isso”. Só sabem mandar vir para a Atenção Básica, todo mundo encaminha. Não sabem nem porque que ta encaminhando, mas ta mandando pra Atenção Básica.”</u></p> <p><u>“Não a gente não fica sabendo, mesmo porque o tratamento de saúde mental é muito específico né. Saiu da internação é pro CAPS, CAPS Ad, CAPS I, CAPS III, aqui não...não é pra rede. No cronograma do sistema não volta mais pra rede mesmo não. Só tratamento clínico, não psiquiátrico. As vezes a gente fica até sabendo, mas não por conta do tratamento psiquiátrico, o paciente vem para tratamento clínico e fala: “olha, fui lá, estou sendo medicado”... tudo bem, essa é a informação que a gente tem, mas eles não vão estar continuando o tratamento com nós, não.”</u></p>
	Egressos de internação hospitalar	3	<p><u>“Só existe quando sai da internação. Mas é muito difícil Só a parte clínica que ocorre, mas Saúde Menta, não!”</u></p> <p><u>“Alguna coisa do HC, do HC tá, mas de tercerizadas ou de..né... por exemplo há um setor de psiquiatria no HC, quando é necessário uma internação breve ali tudo bem, mas de outros hospitais, de outros setores nunca aconteceu. É uma guia de contra transferência pedindo o seguimento ambulatorial.”</u></p> <p><u>“As vezes quando vai pro HC, eles mandam uma cartinha sobre medicação, assim, acompanhamento, as vezes medicamento, as vezes saem com aquela receita de haldol decanoato e o paciente vem aqui no posto para receber mensal, né.”</u></p>
	Guia de contra referência (pelo próprio paciente)	2	<p><u>“Não vem de outra maneira, não. O próprio paciente traz. Mas isso é muito pouco também que acontece.”</u></p> <p><u>“Por escrito mesmo. Pelo próprio paciente. Porque geralmente quando o paciente vai pro CAPS, vai de ambulância porque geralmente é um surto mais agudo, mais questão de segurança deles. Aí a gente chama a ambulância, a ambulância leva e a ambulância traz e entrega ele aqui na unidade.”</u></p>

Continuação

	Subcategorias	Número de respostas	Exemplos de falas dos entrevistados
	Sistema Hygia	2	<u>“Eu tenho um sistema aqui, o sistema Hygia que ele me permite...digitando o número...um paciente que eu sei que foi para o CAPS, eu sei se ele passou, se ele realmente foi para o CAPS...eu não sei aqui a conversa que ele teve lá. Mas se ele foi, eu consigo ver aqui. Aqui, por exemplo, se eu pegar o resumo do prontuário, eu consigo ver as medicações que ele pegou também. Por exemplo, vamos supor que ele foi na Saúde Mental ontem, aí na farmácia de lá ele pegou, vamos dar um exemplo besta aí, 60 diazepam. Se ele vier daqui dez dias falando que ele, com a receita de Diazepam, a minha farmácia sabe aonde ele tirou, o quanto ele tirou e que ele já fez a retirada. Se ele falar por exemplo: “ah, porque acabou”, e estiver na vigência daquela quantidade de medicamento que ele já retirou, alguma coisa tá errada. Então a gente tem como monitorar isso por aqui. O que a gente não tem como monitorar são as observações clínicas. Que essas não são aqui. Mas como ele tá sendo seguido a conduta...”</u>
	Relatório	1	<u>“Manda pra todas as unidades assim: é...um relatório... pacientes do mês tal... Acho que é trimestral, não é por mês, não sei direito, mas acho que é trimestral. Aí manda, unidade tal: fulano, fulano, fulano, fulano, daí põe: atendido, faltou, não veio. Então ele põe os pacientes que você mandou, o médico que mandou da unidade e o que aconteceu. Não manda especificamente o caso, e o que tá acontecendo, mas manda se faltou, se tá em tratamento, se já teve alta, se faltou...eles põe exatamente...assim, é um relatório bem legal eu acho. Isso é só pra criança. Isso é só a parte infantil, com os psicólogos que fazem a parte infantil lá no Castelo.”</u>
	Contato telefônico	1	<u>“Aqui, nós temos uma boa relação e suporte do CAPS. As vezes precisamos de acompanhar algum paciente que já passou pelo CAPS, então há esse contato com os profissionais para troca de informações, por telefone.”</u>
	Não soube informar	1	<u>“Só se ele retornar no médico que encaminhou, mas assim, eu como enfermeira não sei te dizer isso... mas deve ter sim se ele pediu alguma coisa, né. Mas eu não sei se tem.”</u>
CSE	Não há contra referência	1	<u>“Bom, que eu saiba, não. O que a gente recebe geralmente é uma informação do próprio paciente.”</u>

Continua

	Subcategorias	Número de respostas	Exemplos de falas dos entrevistados
	Contato telefônico	1	<u>“Mas aqui é uma unidade pequena, então, por exemplo, quando eu tenho, tive agora uma gestante que ela chegou de fora, com uma história de esquizofrenia anterior à gravidez, e a gente liga direto para o psiquiatra do CAPS: “olha, to com uma historia... e tal....”.</u>
UBDS	Não há contra referencia	3	<p><u>“Isso não existe! Uma vez que ele tá, que ele tem um atendimento aqui. Ele só teve o pronto atendimento da psiquiatria. Entendeu? Porque lá não tem esse tipo de atendimento, entendeu? Embora o paciente é daquela área, não existe atendimento pra isso. Existe só o atendimento pra clínica, que ele não se inclui por causa desse problema. As vezes ele é paciente clínico, mas a parte psiquiátrica não.”</u></p> <p><u>“Como não tem uma conversa entre os vários sistemas de saúde, então com certeza, não.”</u></p> <p><u>“Não! O paciente fica aqui, como se estivesse passado no atendimento e passa a ser responsabilidade nossa. Porque se esse paciente foi para o CAPS e o CAPS mandou pra cá, a UBS já não tem mais relação nenhuma, né.”</u></p>
	Reunião de rede de saúde mental	1	<p><u>“toda sexta – feira, a gente tem uma reunião de serviço, na saúde mental (...)No CAPS III. Com o coordenador e com os representantes dos... vai gente do CAPS Ad, vai gente do CAPSi, vai todo o pessoal... pessoal do ambulatório lá da Cerqueira Cesar...”</u></p> <p><u>E aí é onde a gente tem essas...as vezes, como eu vou dizer, essas contra-referencias verbais né. A gente acompanha o paciente, eu sei que esse paciente está sendo acompanhado lá e quando ele voltar pra cá, eu sei que ele tem uma história de hospital, né. Se ele teve algum agendamento e não veio, eu justifico que ele está internado, essas coisas assim.”</u></p>
	Sistema Hygia	1	<u>“Os de fora, só por informação do paciente. Os daqui, aí eu tenho acesso pelo sistema, que tem o registro, que foi atendido pelo SUS, por esse sistema, pelo hygia, aí eu tenho esse acesso, aí eu posso ta vendo.”</u>
	Guia de contra referencia	1	<u>“Através da ficha de contra referência (ficha de encaminhamento)”</u>

Continuação

	Subcategorias	Número de respostas	Exemplos de falas dos entrevistados
Serviços especializados	Reuniões de rede	3	<p><u>“Através de discussão de caso.”</u></p> <p><u>“E tem as reuniões que reuni todos esses serviços, que podem ser trocada alguma informação também. Tem sempre tem todos os representantes...mas nem sempre vem todos, como eu falei.”</u></p> <p><u>“...nós temos uma reunião, todas as sextas-feiras. Essa reunião é uma reunião de todos os serviços de saúde mental, inclusive os hospitalares, do município. Então às sextas – feiras, todos os casos que foram internados, até porque nós temos uma escassez grande de leitos, são discutidos um a um.”</u></p>
	Guia de contra referencia	2	<u>“Recebemos em forma de papel.”</u>
	Sistema Hygia	1	<u>“No geral, quem fala pra gente é o paciente, no geral quem acaba fazendo isso...e eles, por exemplo, no nosso hygia eles acessam medicação, eles veem onde o paciente tá... é que também tem isso, você abre o hygia e você vê onde o paciente tá sendo acompanhado, da pra acompanhar também... você vê se o paciente tá sendo atendido, pra onde foi, se ele tá em acompanhamento em algum lugar, pelo hygia dá, você abre a farmácia você vê que medicação que ele tá tomando, então dá pra ter essa visão. Você não perde isso. Se você quer saber que medicação ele tá tomando, você sabe, se ele foi atendido, você sabe.”</u>
	Contato telefônico	1	<u>“Sim, inclusive aqui tem uma consulta de egressos (que chama), que é a que eles saem.”</u>
	Sistema SISAM	1	<u>“Através de do Sistema de informação (SISAM) funciona como contra referência.”</u>
	Não há contra referencia	1	
Serviços hospitalares	Contato telefônico	2	<p><u>“Não via papel, o que a gente faz é um contato telefônico e tal... até por exemplo, as vezes até pra trocar informações e tal...”</u></p> <p><u>“A gente tem uma guia de referência, a gente faz um relatório do caso do paciente, apresenta a demanda, pede para o paciente ir para o posto de saúde mais próximo da casa dele e apresentar esse encaminhamento”</u></p>

Continua

Subcategorias	Número de respostas	Exemplos de falas dos entrevistados
Guia de contra referencia	1	<p><u>“A gente tem uma guia de referência, a gente faz um relatório do caso do paciente, apresenta a demanda, pede para o paciente ir para o posto de saúde mais próximo da casa dele e apresentar esse encaminhamento”</u></p> <p><u>“E a gente também faz aqui né. A epicrise, a alta e uma contra referência pra onde ele vai.”</u></p>
SISAM	1	<p><u>“Claro! Quando ele vem, ele vem referenciado por um serviço... na verdade quando ele vem, ele vem por um sistema, que chama SISAM, que ele é regulado pela internet. Então, por exemplo: o médico do CAPS II, ou do CAPS III, insere nesse sistema, com toda...pedindo a vaga e descrevendo o caso, e aí o médico daqui, aceita ou não, dizendo: “olha ele não é uma caso pra nós. É uma caso que eu acho que tem que ir para o HC”.</u></p> <p><u>“...no SISAM e a gente faz um resumo do que aconteceu ao fica lá.”</u></p>

De acordo com o que foi descrito no quadro acima, mesmo quando não ocorre preenchimento da guia de contra referencia formalizado, podem ocorrer outras maneiras de trocas de informações entre os diferentes serviços disponíveis, sobre o tratamento em saúde mental. Dentre as unidades de saúde da família, apesar de uma frequência de cinco respostas (35,7%) apontarem para a inexistência de contra referência, a maioria relata alguma forma de troca de informações a respeito do tratamento de pacientes com queixas de saúde mental. Três unidades (21,4%) relataram receber contra referência de pacientes **egressos de internação hospitalar**, também três unidades relataram receber contra referências através de **discussões de casos**, no matriciamento com médicos residentes de psiquiatria que atendem tanto na atenção básica, quanto na especialidade. Duas respostas (14,3%) apontaram que a única forma de obter informações sobre o tratamento realizado em diferentes serviços, é pelo **sistema de informação (hygia)**. E também duas respostas (14,3%) relataram que a contra referência acontece pela própria ficha (**guia de contra referencia**).

Dentre as unidades básicas de saúde (UBS), a frequência de resposta que relatou não existir contra referências foi de quinze, representando a maioria das unidades (62,5%). Nesses casos, alguns entrevistados relataram ainda que a única maneira de saber sobre o acompanhamento do paciente em outro serviço é pelo

relato do próprio paciente. Três respostas (12,5%) relataram receber contra referência de pacientes **egressos de internação hospitalar**. Com a frequência de duas respostas cada, foram descritas duas subcategorias: **guia de contra referência**, encaminhada pelo próprio paciente (8,3%) e **sistema de informação - hygia** (8,3%). E com apenas uma resposta cada, surgiram as subcategorias que relataram que as trocas de informações podem ocorrer através de **contato telefônico** (4,2%), e de dos profissionais envolvidos nos casos (4,2%). Um dos entrevistados (4,2%) **não soube informar** se a unidade a qual trabalha recebe ou não contra referencia.

Nas clínicas escola, uma delas (50,0%) relatou não receber contra referência enquanto a outra (50,0%) relatou que ocorre por **contato telefônico**.

Ainda em relação à Atenção Básica, as UBDS, três unidades (60,0%) relataram que não há contra referência. Dentre as unidades que relataram alguma forma de trocas de informação, uma resposta relatou acontecer através das **reuniões de rede de saúde mental** (20,0%), também com a frequência de uma resposta cada, apresetaram-se as subcategorias: **sistema de informação – hygia** (20,0%) e **guia de contra referência** (20,0%).

Quando questionado nos serviços especializados em saúde mental, sobre à contra referência, apenas uma resposta relatou não ocorrer, enquanto que, com a frequência de três respostas (42,9%) foi identificado que as trocas de informações a respeito do tratamento de pacientes de saúde mental em diferentes serviços ocorrem nas **reuniões de rede**. Duas (28,6%) unidades apontaram que são realizadas através das guias de contra referências. Outras subcategorias representam a forma de contra referencia com uma resposta cada: **sistema hygia** (14,3%), **SISAM** (14,3%) e **contato telefônico** (14,3%).

Dentre os serviços hospitalares, foram identificadas as seguintes subcategorias: **contato telefônico** (40,0%), **guia de contra referência** (20,0%), **SISAM** (20,0%) e **discussão de casos** (20,0%).

6.2.6. Categoria 6: A desassistência em saúde mental

Quando questionados se há pacientes que não conseguem fazer seguimento em saúde mental, foram elencados diversos motivos para essa desassistência, os quais estão representados nas subcategorias a seguir:

	Subcategorias	Número de respostas	Exemplos de falas dos entrevistados
USF	Não	6	<p><u>“Aqui não tem, por exemplo, se alguém tá em pleno surto, é... ele não vai ser seguido por ele não querer. Nós sabemos... vixi, já aconteceu de mão vir aqui: “olha porque meu filho tá assim, assim, assim, e ele tá usando isso, então ele precisava...” Aí o doutor, as vezes fala assim: “mas eu quero ver o teu filho, traga ele pra gente...” Porque as vezes é uma história a mãe contando, outra coisa é o filho estando presente. O doutor fala pra vir, aí a mãe tenta, o menino não vem...então isso já aconteceu meses, meses e meses.”</u></p> <p><u>“Tudo que tem a gente tenta... a gente sabe que tem demanda reprimida, depois que a gente faz o encaminhamento no ambulatório. Mas aqui a gente não deixa não. A gente procura já... que também tem muito encaminhamento desnecessário, né, pra saúde mental. O que a gente tem feito muito é isso... as vezes a paciente está num processo de depressão que hoje a pressão psicológica que a comunidade sofre é uma coisa assim... que eu acho que mais de 50% dos pacientes que a gente atende em demanda eventual, tem algum tipo de...sofre algum tipo de pressão psicológica. Se você for encaminhar tudo para o ambulatório de saúde mental, não vai dar né!? Então o bacana é assim, nós temos uma médica aqui no acolhimento, a formação dela é ginecologista, mas ela tem uma sensibilidade para a saúde mental que é legal. As vezes ela liga lá no CAPS: “olha eu estou com um paciente assim, assim, assim, com o que eu posso começar tentar medicar ele pra gente ver como é que ele vai evoluir antes de fazer um encaminhamento direto pra saúde mental. Então eu acho que é um canal bacana, né.”</u></p>
	Aguardando vaga na especialidade	3	<p><u>“São poucos psiquiatras na rede, não há vaga, e aí por ser acompanhado na USF, vai para o final da fila da psiquiatria.”</u></p> <p><u>“Então, assim, acaba voltando pra gente, mas é uma demanda que tá reprimida entre o primário e o secundário, na parte principalmente de encaminhamento.”</u></p> <p><u>“Eu tenho pra psicologia, pra psicoterapia, pra continuidade do tratamento, entendeu? Aí são uns dois anos que a gente tá mais ou menos de demanda reprimida.”</u></p>

Continua

Continuação

	Subcategorias	Número de respostas	Exemplos de falas dos entrevistados
	Dificuldade de adesão dos pacientes	1	<u>“É bastante complicado! E até mesmo as pessoas que já têm um diagnóstico fechado, elas tem uma resistência muito grande em aceitar, e as vezes até começa um tratamento e depois pára, e aí depois somatiza vários e vários tipos de patologias e aí depois essa pessoa volta e além dessas que já têm o diagnóstico fechado, tem muitas outras que tem uma demanda reprimida, que não tem o diagnóstico, que não estão fazendo um acompanhamento.”</u>
	Aguardando vaga na própria unidade	1	<u>“Tem, hoje temos três crianças na fila de espera, aguardando vaga.”</u>
UBS	Não	15	<p><u>“Não, a gente não tem fila de espera, mas agora que tá tendo esse acolhimento aqui no Castelo, eu acho que tá melhorando. Tá um pouco melhor.”</u></p> <p><u>“Nosso acolhimento, ele funciona da seguinte forma: todo paciente que procura a nossa unidade, assim, com uma queixa, ele vai para o acolhimento. Certo? Esse acolhimento, das enfermeiras e das auxiliares de enfermagem, que na verdade é esse o acolhimento, né, é dar uma resposta para o paciente. Então, por exemplo, se é um surto, logicamente ele passa pelo médico, o médico vai fazer esse encaminhamento, para que o paciente possa ser atendido. Então todo paciente que chega até aqui, ele passa pelo acolhimento, certo?”</u></p> <p><u>“Não sei como que está lá, mas aqui a gente...chega e encaminha. Agora ajudou bastante com as duas psicólogas, né. Porque tem caso que não é para psiquiatria, tem caso que é para psicologia. Psiquiatria é quando é para uso de algum medicamento, mais forte... as vezes ate alguma coisa em conjunto né... porque vai conversando e as vezes o paciente precisa de uma ajudazinha de medicamento mais leve ne...”</u></p>
	Dificuldades de adesão	3	<p><u>“Eu acho que é um problema, porque você não consegue dar continuidade, você não sabe se está seguindo. Porque é um paciente que pára um tratamento e vem procurar a unidade, que como você não tem experiência na consulta, não tem como dar continuidade. É um tipo de paciente que pára, infelizmente!”</u></p> <p><u>“Mas, por exemplo, hoje eu tive um caso, mas o adolescente não quer ir”</u></p>

Continua

Continuação

Subcategorias	Número de respostas	Exemplos de falas dos entrevistados
Urgências	3	<p><u>“O problema de saúde mental é nas urgências, casos agudos!”</u></p> <p><u>“Pra você ter uma ideia, o CAPS III, que seria pra absorver esses pacientes que ficam nas Distritais aguardando vaga, a paciente fica lá semanas, duas, três semanas, numa unidade de pronto atendimento aguardando uma vaga pra poder ir para uma unidade de tratamento.”</u></p>
Aguardando vaga na especialidade	2	<p><u>“Aí, se vem o medico tenta, tem que regular, aí precisa da vaga, mas é um caso que também não é pra regular, mas que também não pode esperar, as vezes uma semana ou duas para ser visto, então eu acho que isso dificulta pra essa demanda sim.”</u></p>
Dependentes químicos	2	<p><u>“Drogas não há, porque se fosse internar, já pensou? Teria que internar todo mundo né?”</u></p> <p><u>“Ah, a rede é muito difícil, né. Ah, a gente acolhe. Os pacientes daqui quase todos já são seguidos. Eu acho que é mais difícil quando é usuários de drogas, né, essas coisas... que a gente tem que mandar as vezes pro CAPS, e é difícil de conseguir. A gente encaminha...eu não sei se eles conseguem, as vezes, né.... e a gente não tem outro serviço aqui. A gente tinha um “Amor Exigente” aqui que a gente encaminhava, mas agora também não tem mais. Então... o bairro não tem nada, né. E, é um bairro distante, né. É tudo mais difícil.”</u></p>
Não sabe	1	<p><u>“Nunca fica parado porque essa demanda é o paciente que vai lá...então não sei, não fica parado aqui, mas se fica parado lá, eu não sei te dizer quanto, nem como é, porque daqui quem vai fazer a triagem, é o paciente que vai direto e ele passa por uma triagem lá. Não fica guia aqui comigo, igual fica das outras especialidades, que a gente manda. Então não sei te responder se tem demanda, se demora, vai direto, não sei. Não sei o tempo que demora... acho que tudo depende do caso.”</u></p>

Continua

Continuação

	Subcategorias	Número de respostas	Exemplos de falas dos entrevistados
	Pacientes com diferentes demandas	1	<u>“É que assim, ele não chega muitas vezes com problema de saúde mental. Alguns sim, com um quadro gritante e tudo...mas as vezes você vai fazer um trabalho de reeducação alimentar, tem um transtorno instalado importante junto. A pediatra, que trabalha muito assim na lógica da Estratégia da Saúde da Família, então ela identifica uma mãe de um jeito, um pai de outro. Eu acho mais que aparece no processo as demandas de saúde mental... aquele paciente... porque é diferente de unidades de saúde mental, né. Aquele ambulatório lá né, as vezes chega paciente em crise, as vezes que eu fui em reunião, você observa que é bem diferente a recepção. Aqui já não é dessa forma, mas a população é a mesma, então acho que é no processo de entendimento que aparece.”</u>
	Aguardando vaga para atendimento na própria unidade	1	<u>“200 pessoas mais ou menos”</u>
UBDS	Aguardando vaga para regulação	2	<u>“As vezes fica dois, três pacientes aqui aguardando vaga.</u> <u>Mas todos que chegam aqui pra vocês, vocês conseguem mandar pra lá?</u> <u>Se não é no mesmo dia, é no outro dia de manhã. Se não consegue passar no CAPS no mesmo dia, vai ficando aqui até o dia de passar no médico, no CAPS”</u> <u>“Para internação demora, as vezes 3 dias, 8, 5, eles ficam internados aqui em observação. É uma das nossas dificuldades, pacientes da psiquiatria. E aqui tem muito paciente usuário de drogas, dependente químico... as vezes chega ter cinco pacientes aguardando vaga.”</u>
	Casos Novos	1	<u>“Tem, a demanda de casos novos é grande. Eu tenho mais ou menos de 25 a 30 pacientes em lista de espera. De caso novo.</u> <u>Então eu não estou preocupada com essa quantidade de pacientes não, porque essas eu vou ter, eu to preocupada com o número que está aumentando. Está aumentando demais os números de pacientes novos.”</u>
	Casos reincidentes	1	<u>“E outros paciente, tem muitos que estão reiniciando o tratamento. Quer dizer, ele fica...que eu acho que ele fez tratamento e abandonou o tratamento há dois anos, há três anos, dez anos,... já era paciente e agora voltaram as crises, teve outro problema aí a gente resgata eles novamente.”</u>

Continua

	Subcategorias	Número de respostas	Exemplos de falas dos entrevistados
	Não sabe a demanda aguardando vaga para atendimento na própria unidade	1	<u>“Demanda reprimida sim, mas a fila de espera eu não sei te dizer de quanto. A gente percebe que demora pra chamar paciente.”</u>
	Aguardando vaga para especialidades	1	<u>“É como eu falei pra você. A gente... nós fazemos a nossa parte. O que acontece lá do outro lado, nós não temos esse controle. Porque aí já é a especialidade, né, que existe o Ambulatório centralizando essa especialidade. A gente direciona. Ou internação ou CAPS, a gente aciona, agora o que acontece depois... Por exemplo, um paciente que dá entrada aqui, nesse caso que eu te falei do CAPS. De repente o CAPS avalia, medica o paciente e dá alta pra ele. Nem culmina com uma internação. Que foi o que motivou o atendimento, mas são eles que avaliam.”</u>
Especialidades	Aguardando atendimento na própria unidade	2	<u>“Através do acolhimento, nós fazemos uma priorização dos casos graves, aqueles que mais... a gente dá preferência. E a lista de espera para casos leves, a lista é muito grande. Em torno de 1000 pacientes. Os graves a gente não ...a gente consegue dar prioridade, mas não é todo mundo que consegue entrar com facilidade, só os graves mesmo. Pela demanda a gente não consegue dar muita....”</u> <u>“No ambulatório é trinta, quarenta dias para o atendimento. Não atendemos urgência. Não é um ambulatório preparado para urgência. Então se o paciente chega muito agitado, chega lá...que não é paciente nosso, mas que procurou o serviço... a gente não tem como...aí a gente manda para UBDS Central...”</u>
	Poucos dias de espera pra psicoterapia	2	<u>“Só tem lista para psicoterapia individual e consulta médica, consulta psiquiátrica. A espera para psicoterapia é rápida, não chega, tem casos que não chega 15 dias, 1 mês, alguns, eles mesmo acabam não voltando... aí libera. E se tem algum caso que a gente vê que tem uma urgência maior, a gente leva para a discussão de equipe na quinta, e aí...é sempre assim, folgou algum horário, aí já encaixa aquele paciente. Então a lista costuma assim...as vezes leva, tem época que leva um mês e meio, mas é rápido. Porque a gente oferece outras ferramentas pra eles”.</u>

Continuação

Subcategorias		Número de respostas	Exemplos de falas dos entrevistados
			<u>“A fila de espera é grande sim, mas agora nossa fila tá para um mês, um mês e meio, em comparação a outros serviços, está rápida. Para o tanto de profissionais, é até surpreendente. Para psiquiatra. Para a psicologia é uma semana, 15 dias.”</u>
	Urgência	1	<u>“Como nosso trabalho se desviou para a questão do atendimento de urgência, em parte, nós passamos a lidar com a demanda reprimida de urgência. A demanda reprimida da urgência é a demanda freqüentemente por leito”</u>
Serviços Hospitalares	Não há demanda reprimida	2	<u>“Você sabe que até que não, isso é uma coisa que até surpreende a gente, porque a gente tem...são 16 vagas e...a... o grupo de acolhimento, ele tem dado conta da demanda. Então a gente trabalha com pouca fila de espera. A gente até tem os pacientes que ligam e a Fabiana que é a assistente social, agenda pra participar do grupo daqui duas semanas, por exemplo.”</u>
	Casos reincidentes	1	<u>“Tem uma fila de espera dos pacientes que precisam ser reinternados, muitas vezes, pacientes refratários, pacientes que vão fazer eletroconvulsioterapia. São encaminhados pra cá e muitas vezes tem que ficar esperando mesmo.”</u>
	Depende da absorção da rede	1	<u>“Há dois meses atrás, a gente tinha só dois pacientes na fila de espera, hoje nós temos quarenta. Entendeu? Então depende muito de como...é.... eu entendo que depende muito de como o serviço lá fora ta absorvendo. Se eu agendo na... o medico da alta, o assistente social vai agendar uma consulta, só tem consulta pra daqui...sei lá, seis meses, dois meses, ou serviço, por algum motivo não dá o suporte necessário. O paciente para de tomar medicação e o serviço não dá conta disso, ele acaba reinternando muitas vezes. Acaba ficando na fila muitas vezes... então, é... atualmente a fila ta grande, mas teve épocas dela estar muito pequena.”</u>

Continua

	Subcategorias	Número de respostas	Exemplos de falas dos entrevistados
	Depende da demanda de cada caso	1	<u>“Varia. Isso depende do que ta acontecendo aqui. Se os pacientes daqui a gente ta conseguindo dar vazão, se a demanda interna, se o paciente vem do hospital...as vezes eles pedem interconsulta, e a gente decide que o paciente deve ficar no leito da psiquiatria depois de ter aula da ortopedia, da clínica medica, e aí o paciente vem pra ca e você passa na frente da fila do SISAM, porque já ta aqui dentro do hospital.”</u>
Clínicas escolas	Depende da quantidade de alunos	2	<u>“Isso varia um pouco porque depende do tamanho dos grupos, do tamanho da turma, normalmente a gente tenta não criar uma fila de espera quilométrica.”</u> <u>“E aí são feitas triagens e são detectadas as necessidades de encaminhamento, mas nem todos recebem... Porque a gente fica também (eu acho importante falar), limitado ao número de alunos na turma, ou que escolheram uma ênfase ou outra.”</u>

Dentre as USF, seis (42,8%) relataram que **não** há pacientes sem conseguir seguimento. A desassistência é restrita aos pacientes que não buscaram atendimento nessa área. Três unidades (21,4%) relataram que pacientes que estão sem seguimento é porque estão **aguardando vaga na especialidade**. Duas unidades (14,3%) identificam que os pacientes desassistidos são cadastrados nas próprias unidades de saúde da família, mas **não aderem ao tratamento**. Apenas uma unidade relatou que há demanda reprimida, com pessoas **aguardando vaga para atendimento naquela unidade**.

Dentre as UBS, quinze respostas (62,5%) demonstraram que **não** há demanda reprimida na unidade. Três respostas (12,5%) representaram a subcategoria **dificuldade de adesão**; mais três (12,5%) a subcategoria **urgências** que descreve os pacientes que estão sem seguimento, mas estão aguardando vaga para internação. Com duas frequências de respostas cada uma, apresentaram-se as subcategorias **aguardando vaga na especialidade** (8,3%) e **dependentes químicos** (8,3%). Esta ultima representa os pacientes dependentes químicos que não conseguem tratamento devido à complexidade da própria psicopatologia, que além de não ter serviços que absorvam completamente essas demandas, também tem as dificuldades do paciente em aderir tratamento. Com apenas uma resposta

cada, também foram identificadas as subcategorias **não sabe** (4,2%), pois o entrevistado relatou que após o encaminhamento não sabe se houve ou não absorção da demanda do paciente pela rede de saúde; **aguardando vaga para atendimento na própria unidade** (4,2%) e **pacientes com diferentes demandas** (4,2%). Nesses casos, os pacientes muitas vezes ainda não iniciaram o tratamento em saúde mental porque estão em acompanhamento para outras demandas, e a partir daí que inicia a identificação de diferentes necessidades, incluindo saúde mental.

Para as UBDS foram identificadas as seguintes subcategorias com apenas uma resposta cada uma: **aguardando vaga para regulação** (20,0%); **casos novos** (20,0%); **casos reincidentes** (20,0%); **não sabe a demanda aguardando vaga para atendimento na própria unidade** (20,0%); **aguardando vaga para especialidades** (20,0%).

Nos serviços especializados em saúde mental, as subcategorias construídas para explicar a demanda de pacientes que ainda não estão em acompanhamento em saúde mental são: **aguardando atendimento na própria unidade** (28,6%); **poucos dias de espera pra psicoterapia** (28,6%) e **urgências** (14,3%). Duas respostas (28,6%) apontaram que não existe demanda reprimida para atendimento especializado em saúde mental nas unidades representadas.

Dentre os serviços hospitalares, duas respostas (40,0%) relataram **não existir demanda reprimida**, ou seja, demanda aguardando para atendimento específico em saúde mental, e sobre os serviços que relataram existência dessa demanda, os entrevistados consideram que a desassistência hospitalar da-se, pois **depende da absorção da rede** (20,0%); **depende da demanda de cada caso** (20,0%); ou ainda por se tratarem de **casos reincidentes** (20,0%).

Já nas clínicas escolas a assistência e/ou desassistência depende do número de alunos nas disciplinas de estágio para poder então prever a absorção da demanda que busca tratamento em saúde mental.

6.2.7. Categoria 7: Dificuldades do Sistema para desenvolvimento do fluxo assistencial em Saúde Mental.

De acordo com a percepção dos entrevistados nessa pesquisa, foram identificadas algumas subcategorias que demonstram quais os principais motivos

que podem contribuir para as dificuldades de efetivação do fluxo em saúde mental no município pesquisado, as quais estão representadas a seguir:

Subcategorias	Número de respostas	Descrição de falas dos entrevistados
Pousos profissionais e equipes especializadas	4	<p><u>“São poucos psiquiatras na rede, não há vaga, e aí por ser acompanhado na USF, vai para o final da fila da psiquiatria.”</u></p> <p><u>“E por se tratar da questão de... um tratamento de álcool e drogas, é fundamental você ter uma equipe multiprofissional pra poder lidar com esses pacientes, e no entanto o que tem, os CAPS não atendem toda a demanda.”</u></p> <p><u>“E se a gente tivesse NASF aqui, na cidade, que é um Núcleo de Atenção à Saúde da Família, onde existe algumas especialidades pra dar suporte, eu acho que na saúde mental, isso funcionaria e reduziria muito a lista de espera. Porque nessa insegurança você não tá atualizado, em farmacologia pra psiquiatria, aí você estaria, ligaria, teria esse profissional de apoio pra falar: “vamos tentar primeiro isso e depois a gente vê o que faz”. Mas isso não existe!”</u></p> <p><u>“Tem casos pontuais que a gente não consegue dar conta nas unidades, a gente necessitaria da ajuda de um matriciamento. Mas o matriciamento não consegue dar conta, também um pouco porque a equipe é reduzida, faltam profissionais, mas a demanda é muito grande...e a gente fica.... acho que falta efetividade pra esse matriciamento em saúde mental.”</u></p>
Não há vagas para internação/demora nos atendimentos de urgência	3	<p><u>“O grande problema é que fica um paciente que precisa de cuidados especiais, de uma atenção diferenciada, com os outros pacientes que estão lá por conta de dor, por conta de alguma gripe, ou coisa assim. O paciente fica lá, esperando. O Cuiabá também não é, não tem preparo também pra internação, e paciente fica lá aguardando e normalmente sai Santa Tereza, ou alguma coisa na EU, aí o que acontece? A maioria desiste. Dos casos que a gente encaminhou que eu me lembre, eu acho que um só esperou, que foram três ou quatro dias. A vaga demora muito.”</u></p> <p><u>“Então geralmente... as vezes o paciente tem um risco, mas os leitos estão cheios, (são poucos leitos), e a gente tem que segurar o paciente aqui e ir reavaliando pra poder regular. Esse é o caso de urgência psiquiátrica.”</u></p>

Continua

Continuação

Subcategorias	Número de respostas	Descrição de falas dos entrevistados
		<p><u>“O que ta muito difícil é internação, né. Isso você ta sabendo né? As vezes o paciente fica nas unidades mais de semanas esperando... Mas o que que aconteceu? Você quer que eu te dou um resumo do que aconteceu?”</u></p> <p><u>Diminuíram os leitos dos hospitais psiquiátricos por causa da desospitalização, é... aumentou o índice dos usuários de drogas, então, o paciente mesmo, que, ele é psiquiátrico puro. Assim, porque geralmente ta misturado né, a droga, com... as vezes o paciente tem um problema, vai na droga por conta do problema psiquiátrico, aí fica tudo misturado. Mas aquele que não é o caso de ser usuário de droga, pois pra ele não tem vaga. Ta os hospitais tudo lotados com paciente que é dependente de droga. Então não está sobrando vaga.”</u></p>
Dificuldade de adesão ao tratamento	3	<p><u>“infelizmente há uma... um pré – conceito muito grande. Não só por parte da população em si, mas do próprio paciente. E a própria pessoa as vezes eu falo assim: “oh, você tem que seguir, tem que estar tomando tal medicamento”, e as vezes a pessoa fala assim: “nossa, mas eu ficar dependente a vida inteira?”</u></p> <p><u>“Porque é um paciente que pára um tratamento e vem procurar a unidade, que como você não tem experiência na consulta, não tem como dar continuidade. É um tipo de paciente que pára, infelizmente!”</u></p>
Baixa capacidade de absorção da rede municipal (atendimento básico)	3	<p><u>“E lá cai tudo. Aí eles tavam querem criar um serviço de espera, que me parece que era o CAPS, o CAPS também já não está dando conta, né, e isso se você pensar numa cidade como Ribeirão que todo mundo vem pra cá, acessa as distritais e a UPA, aí fala que mora na área do Núcleo 1 e vem pra cá, tentando abrir a agenda... E assim... tá ficando uma coisa bem estressante pra equipe porque a agenda tem o seu limite, a agenda médica tem...”</u></p> <p><u>“Numa unidade básica de saúde, qualquer depressão, qualquer insônia, qualquer coisa manda pra gente, então assim, não absorve... porque inclusive, tem um colega meu que fez (um médico) um levantamento de quantos pacientes dele (em duas semanas só, isso, tá!?) dava pra ser atendido na unidade básica e não precisava passar por ele, tá!? Ele fez esse trabalho assim, de duas semanas, 47%. Quer dizer, se a unidade básica absorvesse isso, não precisava saturar os ambulatório. Mas não atende.”</u></p>

Continua

Subcategorias	Número de respostas	Descrição de falas dos entrevistados
Aumento de demanda - demora para atendimento	2	<p><u>“E lá, pelo que eu sei, tem uma demanda pra atendimento, a demora pra atendimento é enorme”</u></p> <p><u>“O que nós temos verificado é que as demandas terminam lotando os CAPS eles terminam atingindo os limites, e a partir daí, o encaminhamento não é uma coisa assim tão tranquila.”</u></p>
Muita demanda para tratamentos de dependentes químicos	2	<p><u>“... tem a questão da dependência química. Hoje em dia né, isso é um problema de saúde pública, e muitas vezes esse tipo de paciente a gente não consegue ta encaminhando ele pra uma unidade que ele possa fazer um acompanhamento, a te mesmo pra fazer uma desintoxicação. E aí esse paciente vai acabar chegando num pronto atendimento e lá fica tempos e tempos, até ele conseguir fazer uma desintoxicação (...)Mas como atendimento na questão da dependência química aumentou muito, por isso que muitas vezes o paciente fica sem acompanhamento. Infelizmente! Mas assim, a gente acredita, né...”</u></p> <p><u>“Porque lá não dá! Os pacientes ficam lá a semana inteira, bebendo até pinga esperando vaga pra internar? Não tem condições, né. Complicadíssimo! Mas tudo tem a ver com a tal das drogas, né. Que a droga que a gente fala não é só crack, essas coisas, é a pinga, né, é o álcool.”</u></p>
Saúde como porta de entrada para diferentes problemas (sociais, familiares, estruturais)	2	<p><u>“Na verdade o problema de saúde não é só da Secretaria da Saúde.”</u></p> <p><u>“A gente tá aqui, a porta tá aberta, aí eles querem vir, de alguma forma, aí eles desabafam problema familiar, problema social, dificuldades, aí, mesmo por exemplo pra questão do atendimento, as vezes demora um retorno e outro, e eles batem na nossa porta. eles tentam fazer alguma coisa pra aparecer. Eu tenho paciente usuário de droga e com um pouquinho de distúrbio, ele se auto-mutila pra sempre ter motivo pra fazer curativo. Está sempre aqui. Eles mesmo vem aqui e falam: “ah eu sei que você não é psicóloga, mas eu não tenho com quem desabafar, e eu preciso desabafar porque senão eu vou explodir, nem se for pra você ver minha pressão, falar alguma coisa...”</u></p>
Deficiências nas trocas de informações (contra referência)	1	<p><u>“Sem a contra-referência, sem, por exemplo, igual você falou, sem um profissional da área de saúde mental numa UBS, é cabível? Eu acho que é cabível, você entendeu? Mas isso aí inexiste na rede.”</u></p>

Subcategorias	Número de respostas	Descrição de falas dos entrevistados
Falta informações sobre os serviços disponíveis	1	<i>“não conheço muito da parte específica de saúde mental, lá da secretaria mesmo, de como é a organização, mas eu acho que é muito pouco divulgado alguns programas que tem a nível de Ministério. Igual o “De volta para casa”, esses programas... eu sinceramente, assim, eu não sei se existe em Ribeirão, se existe é muito escondido, porque não é divulgado. Porque não é interessante. Na verdade ele demanda só trabalho, não envolve nada de lucrativo, que alguns outros programas envolvem, pra rede, né. Então acaba ficando de lado.”</i>

A subcategoria **pousos profissionais e equipes especializadas** identifica a opinião de alguns dos entrevistados que avaliam que há a necessidade de maior apoio técnico especializado para os atendimentos de demandas relacionadas à saúde mental. Essa subcategoria foi representada por uma frequência de quatro respostas, o que representa 7,0% dos entrevistados. Com três frequências de respostas, apresentamos as subcategorias **não há vagas para internação** (5,3%), devido a demora nos atendimentos de urgência; **difficuldade de adesão ao tratamento** (5,3%); e deficiências no atendimento da rede de atenção básica representadas pela subcategoria **baixa capacidade de absorção da rede municipal** (5,3%). Com duas frequências de respostas apresentaram-se as subcategorias **aumento de demanda** (3,5%), o que acarreta muita espera para os atendimentos; **saúde como porta de entrada para diferentes problemas** (3,5%), que retrata que os problemas sociais, familiares e estruturais, refletem diretamente na saúde da população, o que possivelmente aponta para as deficiências no levantamento das necessidades da população que é assistida em serviços de saúde mental. Foram ainda apontadas como entraves no fluxo assistencial as subcategorias **falta informações sobre os serviços disponíveis** e **deficiências nas trocas de informações (contra referencia)**, que foram representadas por apenas uma resposta (1,8%) cada uma.

7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os achados do presente estudo expõem uma realidade complexa, em alguns aspectos heterogêneos e em outros com posições reiterativas no que diz respeito ao processo de construção do trabalho assistencial em saúde mental articulado em rede.

Nas unidades de atenção primária (AP) pode-se identificar uma parcela delas, principalmente as organizadas sob os princípios da Estratégia Saúde da Família, que lá é realizado expressivo trabalho de acolhimento e acompanhamento dos pacientes de sua área de adscrição, valendo-se do recurso do matriciamento com especialista. Outras unidades de atenção primária apontam que o trabalho está mais restrito à esfera medicamentosa para tratamento dos sintomas agudos, sem outros suportes para as demandas específicas de saúde mental.

Os profissionais reconhecem o quanto o cuidado está fragmentado e os pontos de prestação pouco conectados, com especial fragilidade dos fluxos de contra-referência. O paciente às vezes chega apenas para renovar receita prescrita no âmbito especializado, com dificuldade de resgatar sua história e seu contexto, tão importantes na assistência primária à saúde. Destacam, ainda, a escassez de pessoas com formação e treinadas para realizarem adequadamente a função assistencial frente à demanda e a dificuldade de acesso a serviços especializados. Além da atenção primária, essas mesmas críticas também se fizeram presentes nas manifestações dos profissionais dos serviços especializados e hospitalares.

Desde os primeiros movimentos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, foram ocorrendo mudança nas práticas assistenciais em Saúde Mental. Alguns autores (ESCUDEIRO; SOUZA, 2009) descreveram-nas a fim ilustrar e divulgar as práticas adequadas vigentes nesse período. Nesse sentido, ao se situar as mudanças ocorridas em uma perspectiva histórica, envolvendo as ações de assistência, promoção, prevenção e reabilitação psicossocial torna-se possível apontar avanços e retrocessos, bem como possibilidades para efetivação dos princípios do Sistema único de Saúde (SUS) e da Reforma Psiquiátrica, como as que foram identificadas nesse presente estudo.

Avançando no esforço de se configurar a rede assistencial em saúde mental do município, foi possível Identificar seu grau de alinhamento com a proposta da reforma psiquiátrica, à qual aderiu a partir dos anos 90, no que diz respeito à grande

redução na oferta de leitos psiquiátricos. De modo que, segundo Barros (2008) no início da década de 1990 a DRS XIII dispunha de 685 leitos psiquiátricos para internações agudas e as taxas de ocupação chegavam a 96%, o tempo de permanência era elevado com um grande número de re-internações. Com as novas diretrizes houve uma redução para 114 leitos psiquiátricos para internações agudas. A partir de 2003 passaram a ocorrer dificuldades para internação devido a escassez no número de vagas. Com uma população de aproximadamente um milhão e duzentos mil habitantes há uma proporção de 114 leitos de hospitais estaduais, o que significa uma média de média de 54 leitos para uma população de 600 mil habitantes.

Segundo dados da SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE (1997), muitos leitos psiquiátricos foram fechados e alguns dispositivos de apoio ambulatorial e os CAPS, desde então tem sido criados e fortalecidos, na tentativa de otimizar e aperfeiçoar o sistema de regulação para as vagas de internações psiquiátricas. Nesse sentido, o fortalecimento das ações de Saúde Mental na Atenção Básica também se fazem necessárias para o fortalecimento da rede assistencial (DELFINI *et al*, 2009).

Alguns estudos demonstram a diminuição dos números de leitos psiquiátricos no decorrer dos anos desde o início da reforma psiquiátrica. Segundo levantamento realizado por Zapitelli, *et al* (2005) no início da década de 80 o Estado de São Paulo contava com 39.000 leitos psiquiátricos. Já em 1995, este total passou a 26.103 leitos com 332.363 internações por ano, e em 2005, 13.622 leitos com 197.893 internações. Desta forma, obteve-se uma redução de 478% no número de leitos cadastrados e de 405% no número de internações psiquiátricas num período de 10 anos.

Nesse mesmo período em que foram sendo efetivados serviços de assistência extra-hospitalares em saúde mental, foram se consolidando os atendimentos prestados pelas clínicas escolas que contribuem para a rede assistencial em saúde mental, visto que realizam diversas intervenções em serviços de saúde (hospitais e unidades de Atenção Básica), além dos atendimentos clínicos psicológicos prestados a população, que representam um grande número de atendimentos por ano.

Os serviços de clínicas escola têm início vinculado à história dos cursos de psicologia e da regulamentação da psicologia como profissão. Esses serviços além

da finalidade de treinamento de alunos também contribuem para o atendimento à população menos favorecida (AMARAL *et al.*, 2012)

Ao relatarmos os serviços de atendimento relacionados à saúde mental, é importante ressaltar que na Atenção Básica, muitas unidades de saúde e profissionais limitam-se apenas a possibilitar os encaminhamentos para serviços especializados. Alguns profissionais nem reconhecem os acolhimentos como ações de saúde mental, o que vai de encontro com a literatura sobre o tema, as quais demonstram que muitos profissionais são pouco preparados para atuarem de acordo com as novas propostas políticas e ideológicas que representam a efetivação da Reforma Psiquiátrica no Brasil (FURTADO; CAMPOS, 2005).

Há ainda que se levar em consideração que os número de profissionais especialistas em saúde mental, que dão suporte aos profissionais da Atenção Básica é muito reduzido, e que em unidades de saúde da família, onde há o matriciamento através do suporte de médicos psiquiatras, há melhores e mais efetivas ações relacionadas às demandas das pessoas em sofrimento psíquico. Segundo PINTO *et al* (2012), O apoio matricial em saúde mental opera práticas inovadoras e focos de atuação multidisciplinar, o que pode possibilitar um suporte mais efetivo aos pacientes e familiares, por parte das equipes de USF. Para além da escassez de recursos, uma outra questão se coloca, que é a do modelo organizacional.

Para dar continuidade aos tratamentos oferecidos na rede de saúde mental iniciados na rede básica de saúde, há a possibilidade de encaminhamentos para diferentes dispositivos em diferentes níveis de saúde: serviços ambulatoriais, CAPS, serviços hospitalares e clínicas escolas. Porém, de acordo com as diversas subcategorias apresentadas na Categoria 4 (*Gestão e fluxo de encaminhamento*), pode-se dizer que o trabalho em rede não funciona de maneira a contemplar todos os dispositivos disponíveis. Cada unidade de saúde conhece um fluxo de encaminhamentos e muitas vezes desconhece diferentes possibilidades, o que acaba restringindo o acesso da população.

Um dos principais problemas apontados para que os fluxos de assistência em saúde mental aconteçam de maneira satisfatória é o baixo número de profissionais específicos, além das dificuldades do próprio sistema de saúde, com baixo número de vagas para internação e para acompanhamento psicológico nos diferentes dispositivos de saúde. Porém, de acordo com os profissionais entrevistados, há

também dificuldades para o trabalho em rede, devido à escassez na troca de informações. Esses entraves descritos pelos participantes da pesquisa são também descritos por outros autores como Dias (2012), que realizou uma pesquisa bibliográfica, a qual revelou a existência de deficiências no que diz respeito às condições operacionais necessárias ao bom funcionamento do sistema de referência e contra referência nos diversos níveis de atenção à saúde.

A oferta das ações e serviços de saúde continua voltada para o atendimento da demanda espontânea e não para as necessidades de saúde da população. Os achados da pesquisa permitem analisar o sistema de saúde como um sistema possuidor de lacunas no que tange a comunicação que deveria existir, efetivamente, entre os profissionais que atuam em diferentes níveis de atenção, uma vez que cada uma desenvolve seu trabalho separadamente, deixando os usuários a mercê de um sistema de saúde ineficiente (DIAS, 2012)

Porém, apesar das deficiências apontadas, ocorre atualmente a tentativa de minimizar os problemas relacionados à contra referência. Após a implantação do sistema de informação SISAM, tornou-se possível acompanhar os tratamentos aos quais os pacientes de saúde mental são submetidos. Esse sistema foi desenvolvido por pesquisadores do campus de Ribeirão Preto da USP que é capaz de armazenar e disponibilizar informações de pacientes, tanto cadastrais como do tratamento, e, ainda, das condições físicas do serviço, para diferentes áreas da saúde. O programa já está em uso na área de Saúde Mental, no Departamento Regional de Saúde XIII (DRS XIII), que reúne Ribeirão Preto e outras 25 cidades.

No entanto, trata-se de um sistema de informações que ainda se restringe às internações e serviços de emergência. Além do sistema, há ainda outras maneiras de trocas informações no sistema de saúde municipal. São realizadas reuniões da rede de saúde mental, semanalmente, e há também unidades de saúde que encaminham informações por guias de contra referência ou até mesmo por contato telefônico, o que demonstra a percepção dos profissionais sobre a importância do trabalho em rede para efetividade dos tratamentos.

Quanto à desassistência frente às demandas que não são absorvidas pelo sistema, foram construídas pelo material empírico subcategorias que apontam não só para as dificuldades de estrutura e processos relacionadas ao próprio sistema, como escassez no número de vagas, demora para agendamento, número reduzido

de vagas para internação, mas também evidencia dificuldades de adesão dos próprios pacientes e a crescente demanda de dependentes químicos que aumentam gradativamente de maneira desproporcional, se comparadas ao aumento de suporte no sistema de saúde. São os desafios contemporâneos para os quais se impõe novo preparo do sistema a fim de enfrenta-los com maiores condições de sucesso dos projetos terapêuticos.

Nesse sentido, a atenção básica deveria dar maior suporte a essa demanda crescente, porém o que se encontrou no presente estudo, que vai ao encontro de diferentes pesquisas já realizadas no âmbito da saúde mental, é que existe um grande problema em relação à ainda baixa resolubilidade da atenção primária, agravado frente à sua reconhecida importância como regente da Rede de Cuidados. Algumas subcategorias representaram a preocupação dos profissionais em relação aos encaminhamentos aos serviços especializados, o que demonstra que o cuidado ainda continua pautado no serviço especializado e pouco efetivo nas unidades de atenção primária à saúde.

Como descrito nos resultados e levando em consideração as atuais discussões sobre a atenção psicossocial, torna-se cada vez mais evidente importância do trabalho em rede, como é a proposta da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Pois se entende que nenhum trabalho com qualquer tipo de demanda, consiga ser efetivo se realizado de maneira isolada e única. O desenvolvimento de tentativas em superar as práticas anteriores ao conceito de redes de atenção à saúde é reconhecido pelos profissionais como formas positivas de cuidado.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo objetivou descrever por meio da análise de relatos de profissionais, os fluxos assistências e demandas das queixas relacionadas à saúde mental. Estudos descritivos, como este, são muito importantes, pois espera-se que a partir deles, seja possível observar as práticas em saúde de forma crítica e minuciosa, a fim de possibilitar levantar hipóteses de melhorias no sistema de saúde.

Espera-se que os resultados obtidos nesta pesquisa juntamente com as inferências alcançadas, possam servir de base para o desenvolvimento de formas de intervenção mais efetivas e pertinentes de atenção à saúde mental.

O presente trabalho aponta para o desafio encontrado em muitos municípios brasileiros, pois o movimento da Reforma Psiquiátrica, além de recente e contemporâneo, ainda representa um desafio para a política de saúde pública. Alguns entraves encontrados para o desenvolvimento da pesquisa retratam a dificuldade das equipes de atenção básica em lidar com os pacientes e familiares com algum sofrimento mental.

Ao entrar em contato com profissionais envolvidos no cuidado em saúde, muitas vezes foi possível identificar que apesar de muitos avanços e mudanças, ainda vivencia-se a separação entre corpo e mente. Quando questionados sobre tratamentos e acompanhamentos dessas demandas, observou-se que a maioria dos profissionais descrevem problemas de saúde mental como dificuldades a serem enfrentadas com o aumento de profissionais especializados e de equipamentos de saúde para tratamentos diferenciados e específicos para transtornos psíquicos.

Poucos são os profissionais que entendem que os encaminhamentos para serviços especializados devem representar apenas uma alternativa de tratamento em saúde mental e não o único caminho.

De acordo com as propostas para uma atuação de profissionais no campo de política pública de saúde, é importante ressaltar que as práticas de assistência em saúde mental devem buscar uma inserção social mais significativa para um contingente maior da população, ampliando com isso, os limites das dimensões políticas e ideológicas que embasaram os movimentos de Reforma Psiquiátrica. Portanto, o estudo aponta para a importância do trabalho articulado em redes de atenção à saúde envolvendo todos os pontos de produção do cuidado desde a

atenção básica, como regente do sistema de saúde, até os serviços especializados e hospitalares. Porém essa tendência em valorizar o trabalho articulado, ainda é pouco refletida nas atividades práticas em saúde mental. Muitos profissionais, envolvidos na atenção à saúde, ainda não vivenciam o trabalho em rede, pois percebe-se que muitos nem se reconhecem como agentes implicados com os cuidados psicossociais, ressaltando a permanência da dicotomia mente *versus* corpo nas práticas de cuidado.

Um entrave marcante no desenvolvimento do cuidado em saúde mental no SUS é a dificuldade apontada para a contra referencia. Isso inviabilizando todo o trabalho de tentativa de implantação de um fluxo assistencial, pois muito se perde por essa dificuldade em efetivar o sistema de contra referencia. Por isso muitos profissionais acabam reproduzindo antigas práticas, por não conseguirem efetivar o trabalho em rede.

Os profissionais que acreditam e exercem o trabalho em redes conseguem ter uma visão mais ampla do cuidado. Acabam pautando suas ações com um olhar para os sujeitos, independente da sua classificação psicopatológica e conseguem ter uma postura que possibilite melhor acolhimento e suporte aos usuários que apresentam qualquer tipo de sofrimento mental.

REFERÊNCIAS

ALVES, P. C. B., SOUZA, I. M. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C., ALVES, P. C. B; SOUZA, I. M. A, (org.). **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 125-38. 1999.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; FONSECA, C. D.; HARZHEIM, E. A Estratégia Saúde da Família. In: DUNCAN, B. B.; SCHIMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. (Orgs.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, p. 88-100, 2004

AMARAL, A. E. V. et al. Serviços de psicologia em clínicas-escola: revisão de literatura. **Bol. psicol**, São Paulo , v. 62, n. 136, jun. 2012.

AMARAL, M. A. Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 3, jun. 1997.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil**. 58 p. 2006.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Ed. Revisada e atualizada. Lisboa: Edições 70, 2009.

BARROS, R. E. M. **Caracterização Clínica-demográfica das Internações Psiquiátricas na Região de Ribeirão Preto-SP entre 1998 e 2004**. Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo. Área de Concentração: Saúde Mental. 120 p. 2008.

BEZERRA, Edilane; DIMENSTEIN, Magda. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 28, n. 3, set. 2008 .

BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 456-68, fev. 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS/** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 604 p. Brasília : CONASS, 2003.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS/** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988. Seção II.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n.º 10216, de 06 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. Brasília, DF, 06 de abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z**. 3 ed. 480 p. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.448** de 21 de Novembro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279** de 30 de dezembro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154** de 24 de Janeiro de 2008.

BRASIL. 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. OPAS. Brasília, 56 p. nov. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **SUS Princípios e Conquistas**, p. 5 -7. Brasília/DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS. Doutrinas e Princípios**, p. 3 -7. Brasília/DF, 1990.

CABRAL, A. L. L. V.; MARTINEZ-HEMAEZ, A.; ANDRADE, E. I. G.; CHERCHIGLIA, M. L. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.16, n.11, nov. 2011.

CACAPAVA, J. R. et al . Trabalho na atenção básica: integralidade do cuidado em saúde mental. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. Spe 2, dez. 2009.

CAMPOS, G. V. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407. 2007.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução no. 16, de 20 de dezembro de 2000**. Dispõe sobre a realização de pesquisa com seres humanos.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução no. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial (da) República Federativa do Brasil**, Brasília, 16 out. 1996.

COSTA, D.F.C.; OLIVO, V.M.F. Novos sentidos para a atuação do psicólogo no Programa Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.14, supl.1, p.1385-1394, 2009.

DEL-BEN, C. M. et al . Políticas de saúde mental e mudanças na demanda de serviços de emergência. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 33, n. 5, out. 1999 .

DELFINI, P. S. S. et al . Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber./ Partnership between Psychosocial Care Center and Family Health Program: the challenge of a new knowledge construction. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, Oct. 2009

DIAS, V. A. **Referência e Contra-Referência: Um importante Sistema para complementariedade da Integralidade da Assistência.** Trabalho de Conclusão de Curso. (Especialista em Saúde Pública). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 38 p. Florianópolis, 2012.

DIMENSTEIN, M. D. B. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. **Psicol. estud.**, Maringá , v. 6, n. 2, Dec. 2001.

DIMENSTEIN, M. D. B. O psicólogo nas unidades básicas de saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estudos de Psicologia**, v. 3, n.1, p. 53-81, 1998.

ESCUDEIRO, C. C.; SOUZA, M. L. A Saúde mental no Sistema Único de Saúde: mudança do modelo de atenção na região de Lins-SP. **Saude soc.**, São Paulo , v. 18, supl. 1, Mar. 2009

FIGUEIREDO, M. **Saúde mental na atenção básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS Campinas - SP.** Dissertação de Mestrado em Saúde coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP. 2006.

FLEURY, S. M. T.; OOVERNEY, A. M. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde.** Rio de Janeiro, Editora FGV, 2007.

FURTADO, J. P.; CAMPOS, R. O. A transformação das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, v. 8(1), p.109-122. Mar. 2005.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Atlas, 1999.

GOYA, A.C.A., RASERA, E.F A atuação do psicólogo nos serviços públicos de atenção primária à saúde em Uberlândia, MG. **Horizonte Científico**, v.1, n.7, 2007.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**, 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/>.

JUCÁ, V. J. S.; NUNES, M. O.; BARRETO, S. G. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. **Ciênc. saúde coletiva**.v.14, n.1, p. 173-182, 2009.

KERBAUY, Rachel Rodrigues. Comportamento e saúde: doenças e desafios. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 13, n. 1, pp. 11-28, 2002 .

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, dez. 2011.

LANCETTI, A. **Radicalizar a desinstitucionalização**. In: Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Caderno de textos de apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental. p. 84-89. Brasília; 2001.

LIMA, M. Atuação psicológica coletiva: uma trajetória profissional em unidade básica de saúde. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 431-440, 2005.

LOPES, M. S. V. et al . Análise do conceito de promoção da saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 461-468, set.2010.

LUCHESE, R., et al. Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2033-2042, set. 2009 .

LUSSI, I. A. O.; PEREIRA, M. A. O.; PEREIRA JUNIOR, A. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 448-56, maio-junho, 2006.

MARTINS, A. K. L.; BRAGA, V. A. B; SOUZA, A. M. A. Práticas em Saúde mental na estratégia saúde da família: um estudo bibliográfico. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 10,n. 4, p. 165 – 172, out./dez. 2009.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 549 p. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, I. A. C. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma –Ata e movimentos posteriores. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 447-448, maio/jun. 2004. Editorial.

MIRIANI, J. **Práticas psicológicas nas unidades básicas de saúde e psicologia social comunitária: desafios e possibilidades**. 2004. **100 f.** Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Paraná: Curitiba, 2004.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2004

MONNERAT, G. L.; SOUZA, R. G. de. Da Seguridade Social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. **Rev. katálysis**, Florianópolis, v. 14, n. 1, jun. 2011.

MUNARI, D. B. et al. Saúde Mental no contexto da atenção básica: potencialidades, limitações, desafios do Programa Saúde da Família. **Rev. Eletr. Enf.** v. 10, n. 3, p. 784-95, 2008.

OLIVEIRA, I. F. et al. O psicólogo nas unidades básicas de saúde: formação acadêmica e prática profissional. **Interações**, Natal, v. IX, n.17, p.71-89, 2004.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações** / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. 2. ed. 349 p. 2008.

PINTO, A. G. A. et al . Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 3, Mar. 2012.

RIBEIRO, C. C.; RIBEIRO, L. A.; OLIVEIRA, A. G. B. A construção da assistência à saúde mental em duas unidades de saúde da família de Cuiabá – MT. **Cogitare Enferm**, Mato Grosso, v. 13, n. 4, p. 548-57, 2008.

RIBEIRÃO PRETO. **Prefeitura da Cidade de Ribeirão Preto**. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/principal.php>.

RONZANI, T. M., RODRIGUES, M. C. O psicólogo na atenção primária à saúde: contribuições, desafios e redirecionamentos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 26, n. 1, p. 132-143, 2006.

SILVA, S. F.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. **Redes de atenção à saúde: importância e conceitos**. In: SILVA, S. F. (org). **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. p. 69-85. Campinas: Idisa; Conasems; 2008

SILVA, S.F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n.6, p. 2753-2762, 2011.

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 477-486, abr. 2009.

TEIXEIRA, S.F.; MENDONÇA, M.H. **Reforma Sanitária na Itália e no Brasil: comparações.** In: TEIXEIRA, S.F. (Org). Reforma Sanitária em busca de uma teoria. p. 193 – 232. São Paulo: Cortez; Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989.

TOFOLI, L. F.; FORTES, S. Apoio Matricial de Saúde Mental na Atenção Primária no Município de Sobral, CE: o relato de uma experiência. **Sanare**, Sobral, v.6, n.2, p.34-42, jul./dez. 2005/2007.

VELASQUES, M. B. **Intervenções de psicólogos nas unidades básica de saúde do grande ABC.** 2003. 291 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde). Universidade Metodista de São Paulo: São Bernardo do Campo, 2003.

ZUCCHI, P.; DEL NERO, C.; MALIK, A. M. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. **Saúde soc. São Paulo**, v.9, n.1-2, dec. 2000.

ZAPPITELLI, M. C; GONÇALVES, E. C.; MOSCA, I. Panorama da saúde mental no Estado de São Paulo: leitos psiquiátricos e assistência extra-hospitalar / Overview of mental health in the State of São Paulo: psychiatric beds and community-based care. **Rev. adm. Saúde**, v.8(31), p.71-78, Abr/Jun. 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Entrevista

As informações coletadas nesse questionário serão confidenciais.

1. Caracterização da unidade de saúde

Para uso do pesquisador.

1.1- Nome da Unidade de Saúde: _____

1.2- Endereço: _____

1.3- Distrito: () Central

() Leste

() Norte

() Oeste

() Sul

1.4- Modalidade: () UBDS

() UBS

() USF

() Ambulatório de Saúde Mental

() CAPS AD

() CAPS III

() Hospital

() Clínica – Escola

() Outra: _____

1.5- Tempo de existência da unidade: _____

1.6- Número de usuários cadastrados:

1.7- Profissionais vinculados à unidade:

[illegible]

2. Dados do participante:

2.1- Nome: _____ Idade: ____ anos

2.2- Sexo: () Feminino () Masculino

2.3- Profissão: _____

2.4- Formação: _____

2.5- Tempo de serviço nessa Unidade de Saúde: _____

3. Sobre assistência em saúde mental:

3.1 – Em caso de Unidade Básica, Unidade Básica e Distrital ou Unidade de Saúde da Família: existe algum tipo de suporte, acolhimento, atendimento para as demandas de saúde mental?

() Sim () Não

3.2 – Em caso afirmativo, qual o tipo de assistência de saúde mental prestada por essa unidade de saúde?

() Atendimento individual

() Atendimento em grupo

() Suporte familiar

() Apenas atendimento de emergência

() Apenas suporte para encaminhamento

3.3 – Há algum profissional específico da área da saúde mental que faz atendimento aqui nessa unidade para os usuários com algum tipo de demanda de saúde mental?

() Sim () Não

3.4 – Em caso afirmativo, qual o profissional responsável por esse suporte à equipe?

() Médico psiquiatra

() Psicólogo (a)

() Terapeuta Ocupacional

() Outro: _____

3.4 – Existe algum tipo de supervisão e/ou consultoria, apoio matricial para os profissionais dessa unidade de saúde de algum profissional da área da saúde mental?

() Sim () Não

3.5 – Em caso afirmativo, qual o profissional responsável por esse suporte à equipe?

() Médico psiquiatra

() Psicólogo (a)

() Terapeuta Ocupacional

() Outro: _____

4. Caracterização do fluxo de demandas

4.1 – Você conhece outras instituições de saúde que recebem demandas para tratamento relacionadas à saúde mental?

() Sim

() Não

Quais? _____

4.2 – Quando há necessidade de encaminhamentos nessa área, para onde são encaminhados os usuários que necessitam de algum tipo de atendimento por um profissional especializado?

() Hospital das Clínicas

() Clínicas-escolas

() Ambulatório de Saúde Mental

() Grupos de apoio

() CAPS

() Não sabe

() Outros: _____

4.3 – Quando algum usuário cadastrado nessa unidade é encaminhado para atendimento na área de saúde mental em outra unidade, há a ocorrência de relacionamento e trocas de informação (referência e contra – referência entre instituições/programas/serviços)?

() Sim

() Não

4.4 – Se sim, de que maneira isso ocorre?

4.5 – Há problemas de descontinuidade de serviços prestados causados pelos tipos de vínculos dos usuários com os diferentes níveis de atenção em saúde?

() Sim () Não

4.6 – Há demanda reprimida, fila de espera na área de abrangência dessa unidade, necessitando de atendimento e/ou algum tipo de direcionamento em saúde mental?

() Sim () Não

Data da entrevista: __/__/__ Horário início: _____ Horário final: _____

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) a participar do estudo **“Assistência em Saúde Mental nas Unidades de Saúde de Ribeirão Preto: caracterização e avaliação do fluxo de demandas”** que está sendo desenvolvido pelo Departamento Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. Essa pesquisa tem como objetivo analisar a assistência em Saúde Mental realizada no Município de Ribeirão Preto. A pesquisadora responsável é Ana Paula Salomé Utimati, psicóloga especializada em Promoção de Saúde na Comunidade, sob a orientação de Maria do Carmo Gullaci Guimarães Caccia-Bava.

Sua participação será muito importante para analisarmos a qualidade da rede assistencial de saúde mental no âmbito da atenção primária. E, ao participar do estudo você irá responder uma entrevista que tem algumas questões sobre sua maneira de ver a assistência em saúde mental na unidade básica de saúde que trabalha. Caso você aceite participar da pesquisa, você precisa saber que:

A – As entrevistas durarão aproximadamente 20 minutos e serão transcritas, com o objetivo de documentar o trabalho.

B – Os dados serão divulgados em publicações ou eventos científicos, nos quais você e os outros participantes nunca serão identificados, o que garante o completo anonimato.

C – Não há risco significativo em participar desse estudo e não haverá despesas financeiras para os participantes e nem ressarcimentos.

D – Você está livre para deixar de participar desse estudo a qualquer momento, sem que isso prejudique seu trabalho na unidade que representa.

Eu, _____ RG _____, tendo sido esclarecido (a) sobre as condições do estudo, especialmente no que diz respeito ao objetivo da pesquisa, aos procedimentos a que serei submetido, aos riscos e benefícios do trabalho, declaro que tenho pleno conhecimento dos direitos e condições que me foram assegurados e manifesto livremente minha vontade de participar do referido estudo.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 20__

Assinatura do participante: _____

Ana Paula Salomé Utimati
Pesquisadora responsável

Maria do Carmo Gullaci Guimarães Caccia-Bava
Orientadora

Endereço: Av. dos Bandeirantes, 3900. R.P., SP. Fones: (16) 36022569/ (16) 88261002