UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LORAINÉ VIVIAN GAINO

Saúde Mental na rede de atenção à saúde em um município do interior de
São Paulo

Ribeirão Preto

2014

LORAINÉ VIVIAN GAINO

Saúde Mental na rede de atenção à saúde em um município do interior
de São Paulo

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de
Pós-Graduação Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de pesquisa: Promoção em saúde mental

Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Jacqueline de Souza

RIBEIRÃO PRETO

2014

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO POR, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DEDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Gaino, Loraine Vivian

Saúde Mental na rede de atenção à saúde em um município do interior de São Paulo.
Ribeirão Preto, 2014.

95 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Jacqueline de Souza

1. Saúde Mental. 2. Saúde. 3. Centros comunitários de saúde mental. 4. Atenção Primária à Saúde

Nome: GAINO, Loraine Vivian.

Título: Saúde mental na rede de atenção à saúde em um município do interior de São Paulo

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre, junto ao Departamento de Enfermagem Psiquiátrica. Área de concentração: Promoção de Saúde Mental

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Jacqueline de Souza

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instiuição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instiuição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instiuição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos amores eternos e fraternos
Pais, irmãos, marido, tias e amigos

AGRADECIMENTOS

Gratidão

Aos que me amam plenamente, meus pais Maria Candida e Vivaldo, irmãos Maria Lúcia e Alexandre

Ao que assumiu definitivamente a aventura de me amar, meu marido Raphael

A paciente e devotada orientadora Prof^{fa}. Dr^a. Jacqueline de Souza

Ao parceiro essencial Cleber Tiago Cirineu

A colaboradora e cúmplice Talissa Daniele Tulimosky

Ao CAPS “Mentes Brilhantes” e a todos os usuários e funcionários

Ao Hospital e Maternidade de Cordeirópolis e às prestativas assistentes sociais e a psicóloga

À Secretaria de Saúde de Cordeirópolis, e aos profissionais da Estratégia de Saúde da Família

Às companheiras da caminhada Prof. Toyoko, Neliane, Silvana, Sara, Carla, Luiza, Paula, Luciana

Aos fiéis Ângelo, Ana Paula, Débora, Sarah, Gisele, Pedro, Bruno, Ébony

Aos mestres, Professor Henrique José de Souza e sua esposa Helena Jefferson de Souza

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

À disponibilidade e contribuições da Prof^{fa}. Dr^a. Kelly Graziani Giaccherro Vedana e Prof. Dr. Mauro Serapioni

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (**CAPES**) pela bolsa de estudos que possibilitou a dedicação necessária a conclusão desta pesquisa

AT NIAT NIATAT

Na minha eterna rebeldia – já que “as almas rebeldes são as que se salvam”, como diz o oráculo, pois, rebeldes devem ser todos aqueles que não estão de acordo com as injustiças e erros do mundo – o Gênio não é o escravo do intelecto, mas sim o seu senhor. Como as águias, não possui outras cadeias, senão, suas próprias asas. Eleva-se para os céus desconhecidos, a fim de roubar aos deuses seu cetro. Ama quanto deve amar e odeia tudo quanto deve ser odiado. É o misterioso peregrino, que em noites estreladas, para interrogar o mistério, dirige sua rota para as constelações sublimes do Espírito. Sua vida é sacrifício, porque, entre os de baixo – tal como o é o mundo inteiro – será sempre o incompreendido, por levar em sua alma todas as luminosidades do Divino.

(Prof. Henrique José de Souza)

RESUMO

GAINO, L. V. Saúde mental na rede de atenção à saúde em um município do interior de São Paulo. Ribeirão Preto, 2014. 95 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

Esse estudo teve como objetivo analisar o atendimento das demandas de saúde mental na rede de atenção à saúde no município de Cordeirópolis, interior de São Paulo. Tal análise compreendeu a descrição da estrutura desta rede e a percepção dos profissionais sobre a identificação e cuidado das demandas de saúde mental. Para tanto, realizou-se uma pesquisa qualitativa, transversal do tipo descritivo-exploratória. Foram utilizados dados primários e secundários. Os dados foram coletados entre junho de 2013 e maio de 2014 através de análise documental e entrevistas semiestruturadas. Os dados secundários foram obtidos a partir de registros do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (*DATASUS*), dos documentos que embasam o funcionamento dos serviços estudados (planilhas com dados dos acolhimentos no ano de 2012, o projeto de implantação do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS e o Plano de Funcionamento do serviço) além do Plano Municipal de Saúde “2010-2013”. Já os dados primários foram obtidos através de entrevistas com 20 profissionais de saúde de nível médio e superior que atuavam nos serviços estudados a saber, CAPS, Ambulatório de Saúde Mental, Pronto-Socorro e Estratégias de Saúde da Família. O referencial teórico adotado para análise foram os pressupostos de Bárbara Starfield em relação à organização dos sistemas de saúde sob a lógica da Atenção Primária a Saúde. Assim os dados foram analisados utilizando a análise documental e análise de conteúdo. Os resultados apontaram que a rede de atenção psicossocial do município estava estruturada com importantes pontos de atenção (CAPS, o Ambulatório de Saúde Mental, as Estratégias de Saúde da Família e Pronto-Socorro) e equipes com número e diversificação considerável de profissionais. Em relação à percepção dos participantes sobre a saúde mental, identificou-se uma justaposição de visões que ora corroboram o paradigma biomédico, ora o conceito ampliado de saúde. Esta diversidade de concepções ilustra o fato que saúde e saúde mental se entrecruzam e confundem-se dentro da história da humanidade, tendo sido tratadas como distintas apenas com o nascimento da psiquiatria, quando essa especialidade toma para si o objeto “psíquico”, salientando a divisão mente-corpo. Essa diferença de concepções, pode também explicar as ações ora focadas na remissão de sintomas, tratamento medicamentoso e encaminhamento para internação, ora com vistas para aspectos psicossociais, como por exemplo, escuta, acompanhamento psicológico, criação de vínculo, oficinas de geração de renda, passeios, dentre outras. Dessa forma, o presente estudo permitiu demarcar uma série de potencialidades da rede de saúde do município em questão no atendimento a demanda de saúde mental, no entanto foram também destacadas algumas recomendações importantes para sua melhoria.

Palavras-Chave: Saúde mental, Saúde, Centros comunitários de saúde mental, Atenção Primária a Saúde.

SUMMARY

GAINO, L. V. Mental health in the health care network of an inner city of São Paulo.. Ribeirão Preto, 2014. 95 f. Thesis (Master) – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2014.

This study aimed to analyze the treatment for mental health demands in the health care network in Cordeirópolis, São Paulo. This analysis included the description of the network's structure and the perception of the professionals about the identification and care of the mental health's demands. For this, we used a cross-sectional, qualitative and descriptive-exploratory survey. We used primary and secondary data. Data were collected between June 2013 and May 2014 through semi-structured interviews and documentary analysis. The theoretical framework adopted for analysis were the assumptions of Barbara Starfield in relation to the organization of health systems under the logic of Primary Health Care. Secondary data were obtained from the Unified Health System database (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS), data of the respective services and the Municipal Health Plan "2010-2013". For document analysis, we selected the documents that support the service operation: spreadsheets with data screening of 2012, the implementation project of the Community Health Center (Centro de Atenção Psicossocial - CAPS) and this Service Operation Plan. For the primary data, we selected 20 health professionals at middle and senior levels who worked in the these services: CAPS, Outpatient Mental Health Clinic, First Aid Station and Family Health Program. Thus the data were analyzed using document analysis and content analysis. The results showed that the psychosocial care's network of the council was structured with important services (CAPS, the Outpatient Mental Health Clinic, Family Health Program and First Aid Station) and teams with considerable diversity and number of professionals. Regarding the participants' perceptions about mental health, we identified a juxtaposition of views that either corroborates the biomedical paradigm and the wider concept of health at other times. The diversity of views presented by participants illustrates the fact that health and mental health are intertwined and confused in the history of mankind and have been treated as distinct, only with the birth of psychiatry, when this specialty takes on the 'psychic' object, emphasizing the mind-body division. This difference of views, can also explain the actions focused on remission of symptoms, drug treatment and referral for hospitalization, sometimes overlooking psychosocial aspects, such as listening, psychological counseling, bond's creation, CAPS's patients in workshops for income, tours, among others. Thus, the present study allows demarcate a series of network capabilities of the studied municipal health service in the demand for mental health, however were also highlighted some important recommendations for improvement.

Keywords: Mental health, Health, Community Mental Health Centers, Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 –	Características dos participantes selecionados para pesquisa _____	28
Quadro 2 –	Estrutura Operacional do Projeto de Pesquisa _____	31
Quadro 3 –	Resultado da categorização referentes a análise das concepções de saúde e saúde mental _____	37
Quadro 4 –	Composição da equipe dos serviços da rede de saúde mental _____	40
Quadro 5 –	Trechos de falas referentes a saúde e saúde mental como conceitos equivalentes _____	49
Quadro 6 –	Trecho de falas referentes a saúde e saúde mental como conceitos distintos_	50
Quadro 7 –	Trechos de falas referentes a concepção de saúde e saúde mental como manifestação da doença/relativização do conceito de saúde mental _____	50
Quadro 8 -	Esquema de códigos para categorização dos dados referentes ao manejo das demandas de saúde mental no município de Cordeirópolis _____	53
Quadro 9 –	Trecho de Falas referentes a identificação da demanda de saúde mental _____	54
Quadro 10 –	Trecho de falar referentes a oferta de cuidado à saúde mental _____	55
Quadro 11 –	Trecho de falas referentes a atenção à família do usuário de saúde mental ou sujeito em sofrimento psíquico _____	56
Quadro 12 –	Trechos de falas referentes a articulação com serviços especializados de saúde mental. _____	56
Quadro 13 –	Trechos de falas referentes a encaminhamento corresponsável _____	57
Quadro 14 –	Trecho de falas referentes aos critérios de encaminhamento para serviços especializados de saúde mental _____	58
Quadro 15 –	Trecho de falas referentes ao fluxo de informações sobre usuários e pacientes de saúde mental _____	59
Quadro 16 –	Trecho de falas referentes a garantia de acesso ao cuidado à saúde mental ____	60
Quadro 17 –	Trechos de falas referentes a intersetorialidade em saúde mental _____	61
Figura 1 –	Esquema dos pressupostos da atenção primária selecionados para o estudo e aspectos a serem analisados nas falas dos profissionais _____	34
Figura 2 –	Esquema com referenciais teóricos para interpretação dos dados coletados nas entrevistas _____	38
Figura 3 –	Estruturação das categorias e sínteses dos principais resultados em relação aos conceitos de saúde e saúde mental _____	49
Figura 4 –	Fluxograma de atendimento em saúde mental do Município de Cordeirópolis, 2013. _____	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Origem dos encaminhamentos para o CAPS no ano de 2012 _____	44
Tabela 2 –	Idade e queixas apresentadas pelos indivíduos acolhidos no CAPS no ano de 2012 _____	45
Tabela 3 –	Direcionamento dos casos acolhidos no CAPS no ano de 2012 _____	46
Tabela 4 –	Levantamento do número de usuários cadastrados no CAPS de Cordeirópolis, no ano de 2012, referenciados de acordo com diagnóstico CID-10 _____	44
Tabela 5 –	Número de internações por transtornos mentais e comportamentais de fevereiro a novembro de 2012 do município de Cordeirópolis _____	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APS	Atenção Primária à Saúde
ASM	Ambulatório de Saúde Mental
CAP	Centro de Apoio Psicopedagógico
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CID	Classificação Internacional de Doenças
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CREAS	Centro de Referências Especializado em Assistência Social
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DRS	Direção Regional de Saúde
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HMC	Hospital e Maternidade de Cordeirópolis
OMS	Organização Mundial de Saúde
PS	Pronto-Socorro
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
UBS	Unidade Básica de Saúde
UTI	Unidade Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 OBJETIVOS	25
2.1 Objetivo Geral	25
2.2 Objetivos Específicos	25
3 MÉTODO	26
3.1 Tipo de estudo	26
3.2 Local do estudo.....	26
3.3 Participantes	27
3.4 Aspectos Éticos	28
3.5 Coleta de dados.....	29
3.6 Marco Conceitual Analítico.....	32
3.7 Análise dos Dados	36
4 RESULTADOS	39
4.1 A rede de atenção psicossocial do município de Cordeirópolis	39
4.2 A percepção dos profissionais sobre os conceitos de saúde e saúde mental	48
4.3 O manejo das demandas de saúde mental na rede de saúde e seus desafios	51
5 DISCUSSÃO	62
5.1 Composição Rede	62
5.2 Ações de saúde mental	66
5.3 Fluxos de Atendimento e Diagnósticos	69
5.4 Conceito de saúde e saúde mental	74
6 CONCLUSÃO.....	79
6.1 Limitações	81
7 REFERÊNCIAS	82
ANEXOS	92

APRESENTAÇÃO

“Pensar contra a corrente de seu tempo é heróico; dizê-lo é uma loucura”
Eugéne Ionesco

Como cuidar de um ser tão complexo, subjetivo e com tantas arestas como o humano? E como estimular para que se desenvolva da melhor forma possível para que todas suas potencialidades se manifestem? Tais questionamentos apareceram precocemente em minha vida, estimulados principalmente por uma educação voltada ao cuidado e respeito pelo outro, assim como apreço à leitura e à curiosidade por toda forma de manifestação humana. Portanto, a escolha pela psicologia como profissão foi fácil e sem grandes questionamentos. Recordo-me de participar de orientações profissionais apenas pela curiosidade de conhecer o trabalho de uma psicóloga.

Já no primeiro ano de faculdade, fui apresentada às “Políticas Públicas de Saúde” do país por meio de uma disciplina com esse mesmo nome. O contato com tais conteúdos foi fundamental para o a trajetória que escolheria como profissional e deu a sustentação para o desenvolvimento das atividades que realizaria depois de formada.

O curso de psicologia do Centro Universitário Hermínio Ometto, na cidade de Araras, principalmente pelas contribuições das professoras Dra. Ana Cristina Delgado Lopérgolo e Dra. Simone Ramalho, tem uma estrutura curricular fortemente permeada pelos ideais da Reforma Psiquiátrica, que ficam evidentes em disciplinas como “Políticas Públicas de Saúde Mental”, “Psicopatologia Geral”. Também o curso realiza anualmente o Evento da Luta Antimanicomial trazendo militantes desse movimento para apresentar e debater experiências pessoais, profissionais e artísticas. O meu contato com o evento aconteceu já no primeiro ano de faculdade, despertando a curiosidade sobre os modelos de atenção à saúde mental, assim como sobre as psicopatologias e suas particularidades.

No decorrer dos dois primeiros anos de estudos o CAPS me foi devidamente apresentado, assim como a Reforma Psiquiátrica, a Lei 10.216, de 06/04/01 e a Luta Antimanicomial. No terceiro ano de graduação, ocorreram meus mais significativos encontros dentro da saúde mental. O primeiro foi conhecer o cotidiano de um CAPS devido à exigência de um trabalho da disciplina de “Políticas Públicas de Saúde Mental” discutindo a adequação do serviço ao pressuposto das portarias e da Reforma Psiquiátrica. Também ingressei na comissão de organização dos eventos da Luta-Antimanicomial na Uniararas e no Movimento Ararense pela Cidadania em Saúde Mental. Este último foi criado pelos alunos da psicologia,

motivados pela busca de melhores condições de cuidado ao usuário de saúde mental do município e região – já que a principal referência de tratamento era apenas o grande hospital psiquiátrico da cidade. Também foram realizadas intervenções para a conscientização da população sobre o tema da loucura por meio da distribuição de folhetos explicativos, criação de blogs com a temática de saúde mental e uma passeata na cidade com o tema “Trancar não é Cuidar” no ano de 2008.

Depois dessa fase militante, no quarto Ano de faculdade, participei de um grupo de pesquisa e extensão em saúde mental que visava levantar dispositivos de saúde, sociais e culturais que permitissem a ampliação da rede de cuidados à saúde mental do município. No 5º. Ano, na escolha do tema para o trabalho de conclusão de curso optei por tentar compreender e discutir o ato suicida através da teoria psicanalítica e, de modo específico, a relação deste com as estruturações psíquicas e o conceito de atuação, assim como salientar a importância e o impacto do suicídio para os programas de saúde pública. A partir desse trabalho final e por notarem traços de um perfil acadêmico, surgiu o incentivo dos professores da graduação para que buscasse uma especialização *stricto-sensu*.

No 3º. mês após a formatura, no início de 2011, realizei um concurso público que me deu a oportunidade de iniciar meus trabalhos no campo da saúde mental, embora baseado apenas na clínica tradicional, dentro do Ambulatório de Saúde Mental do município de Cordeirópolis. Desse trabalho, advêm os primeiros questionamentos sobre a efetividade do cuidado clínico e médico-centrado aos usuários de saúde mental. O Ambulatório tinha como principal atividade as psicoterapias individuais e as consultas psiquiátricas e também havia uma longa lista de espera para atendimento psicológico o que gerava uma preocupação excessiva com produtividade – maior número de atendimentos - pelos gestores locais em detrimento da qualidade e efetividade do serviço. Também é no Ambulatório de Saúde Mental que, a convite da coordenadora do serviço, iniciei o trabalho de apoio matricial com uma das cinco Equipes de Saúde da Família do município.

Depois de um ano de atuação no Ambulatório de Saúde Mental, escolhi auxiliar na implantação do Centro de Atenção Psicossocial do município, ajudando na construção de suas atividades e sua configuração dentro da rede de saúde. O CAPS de Cordeirópolis foi inaugurado em fevereiro de 2012 e, portanto, eu integrava a equipe multidisciplinar do local. A rotina e a forma de trabalho pautados nos princípios da reabilitação psicossocial tornaram minha atuação mais prazerosa já que acordava com as concepções pessoais de cuidado mais adequado.

Também com o início do CAPS, intensifiquei meus trabalhos de apoio matricial, agora já com as cinco ESF's do município. O decorrer dos trabalhos dos CAPS e o contato direto com a atenção primária permitiram conhecer as potencialidades dos serviços de saúde, assim como enfrentar obstáculos como a resistência e o pouco conhecimento dos profissionais do atual modelo de atenção à saúde mental do país. Pude, ainda, perceber que os transtornos mentais, mesmo os não-graves, estão cercados de estigmas e pré-conceitos, a formação limitada dos profissionais de saúde e a pouca relevância dada às questões de saúde mental na atenção primária.

Tais inquietações e angústias que surgiram da prática, assim como uma formação fortemente influenciada por princípios igualitários e os incentivos dos professores de graduação, me estimularam à busca de uma formação que pudesse abarcar a complexa temática da saúde mental. A escolha pelo mestrado aconteceu após um primeiro contato com a professora Dra. Jacqueline Souza que aceitou o desafio de ter uma orientanda ainda com pouca experiência na área acadêmica.

O primeiro ano de mestrado na USP foi marcado por intensos aprendizados, tanto da rotina e manejos acadêmicos como do Sistema Único de Saúde e dos modelos de atenção à saúde mental brasileiros, com disciplinas cursadas na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e no Programa de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP com o Dr. Gastão W. S. Campos e Dra. Rosana O. Campos. Outro ponto fundamental para minha formação tem sido a participação no Grupo de Estudos de Enfermagem Psiquiátrica coordenado pela Prof. Dra. Toyoko Saeki.

O oferecimento da bolsa CAPES no segundo semestre do ano de 2013, permitiu-me a escolha pela dedicação exclusiva às atividades acadêmicas. Tal decisão foi por reconhecer a importância do trabalho pesquisado e também por ter despertado o interesse para uma futura docência, já que aprendi a reconhecer o impacto de uma boa formação profissional. Esse último desejo resultou na procura pelo Programa de Aperfeiçoamento de Ensino – PAE – na Faculdade de Psicologia para que eu pudesse me reaproximar de temáticas mais específicas da profissão de psicologia e ter um primeiro contato com a experiência da docência. Dessa forma, trabalhei junto à Prof. Dra. Clarissa Corradi-Webster no desenvolvimento da disciplina de “Psicopatologia Geral I”.

Devido às minhas inquietações e angústias que apareceram nesses dois anos e meio de atuação como psicóloga em Cordeirópolis, escolhi por realizar uma pesquisa no próprio município, visando identificar como está o atendimento à saúde mental em seus serviços de saúde. Pretendo assim, identificando as potencialidades e obstáculos desse campo, contribuir

para a melhoria dos atendimentos a essa demanda no município que tanto me impulsionou para um crescimento pessoal e profissional principalmente pelo enfrentamento dos desafios diários que me eram impostos.

Obviamente, também pretendo com os resultados e discussões dessa pesquisa enriquecer os conhecimentos e desenvolvimento do campo da saúde mental brasileira, a qual vejo como pioneira e fonte de inspiração para um mundo que necessita, cada vez mais, de equidade, cidadania e altruísmo.

1 INTRODUÇÃO

Essa pesquisa tem como objeto o atendimento das demandas de saúde mental na rede de atenção à saúde no município de Cordeirópolis, situado no interior do Estado de São Paulo, Brasil.

A saúde mental tem sido discutida como uma questão de nível global, para qual formadores de política e teóricos têm apontado a necessidade de mais atenção a esse campo (PRINCE et al., 2007; PATEL et al., 2008; PATEL; PRINCE, 2010). No Brasil, há significativos avanços no cuidado à saúde mental e, portanto, a contextualização desses se faz necessária para compreensão do objeto de estudo desta pesquisa.

Nas duas últimas décadas, houve aumento na valorização das questões relacionadas à saúde mental e seu impacto na saúde pública no âmbito mundial (PATEL et al., 2008; PATEL; PRINCE, 2010; PRINCE et al., 2007; SANTOS; SIQUEIRA, 2010). Estudos indicam que os transtornos mentais correspondem a 14% da carga global de doenças, sendo que as taxas de morbidade atribuídas a estes podem subir cerca de 15% até 2020 (COLLINS; PATEL; JOESTL, 2011; PRINCE et al., 2007; WHO, 2001).

Apesar do grande impacto mundial, menos de 1% dos recursos dos países são investidos em saúde mental e cerca de 75% dos sujeitos diagnosticados com algum tipo de transtorno mental em países de baixa ou média renda não recebem nenhum tratamento (WHO, 2001; PATEL; PRINCE, 2010).

No Brasil, aproximadamente 3% da população brasileira apresenta transtornos mentais graves e persistentes, sendo que 6% desses são relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Ainda, 12% da população precisa de algum tipo de atendimento contínuo ou eventual (BRASIL, 2007; MELLO; MELLO; KONH, 2007).

Frente à demanda crescente de saúde mental e como resposta aos movimentos nacionais e internacionais que buscavam a democratização da psiquiatria e uma forma de tratamento mais digna principalmente aos pacientes graves encarcerados em manicômios, é criada, no Brasil, a Lei Federal no. 10.216/2001 (AMARANTE, 2010; BASAGLIA, 1989; BRASIL, 2004; SILVA et al., 2012). Entre as determinações estava a da diminuição progressiva de leitos psiquiátricos, através da criação de serviços substitutivos que permitiram a reinserção social dos usuários de saúde mental.

Dessa forma, em substituição ao modelo hospitalocêntrico e medicalizador, foram instituídos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como principais responsáveis pelo cuidado aos transtornos mentais graves e persistentes (BRASIL, 2004; COSTA-ROSA;

YASUI, 2008; JACOB et al., 2007). Estes são serviços chamados “abertos” nos quais os pacientes permanecem internados em curto prazo – alguns dias – apenas em casos de crise e que permitem a livre circulação das pessoas pelos diversos espaços e por todo o território, constituindo-se num serviço de base comunitária (AMARANTE, 2008; MIELKE et al., 2011).

Este dispositivo é composto por equipe multidisciplinar, formada por médicos psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e outros profissionais de nível médio e técnico. As equipes devem oferecer o cuidado clínico aos pacientes psiquiátricos e, principalmente, auxiliar a reinserção social desses através do acesso ao trabalho, lazer, direitos civis e laços familiares e comunitários (BRASIL, 2004; COSTA-ROSA; YASUI, 2008; MIELKE et al., 2011).

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como uma de suas diretrizes a integralidade e baseia-se no “conceito ampliado de saúde”, que envolve diferentes determinantes sociais como: alimentação, educação, trabalho, meio ambiente, moradia, renda e acesso aos serviços de saúde (BACKES et al., 2009; DALMOLIN et al., 2011; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986; PAIM et al., 2011;). Como o sistema de saúde mental brasileiro é parte integrante do SUS, também propõe a compreensão do sujeito de forma abrangente, transcendendo o foco na doença (MIELKE et al., 2011; SILVA et al., 2012).

Os CAPS, seguindo a diretriz da Integralidade e visando atender o indivíduo em sua totalidade, devem estar inseridos em redes sociais – não apenas de cuidado de saúde – para auxiliar o sujeito na construção de sua autonomia como cidadão (BRASIL, 2004). Dessa forma, este dispositivo precisa do apoio de uma variedade de setores e instituições que possam contribuir no processo de reabilitação psicossocial como hospitais gerais, serviços de atenção primária à saúde, ONGs, organizações comunitárias, escolas, entre outros, devendo ser o articulador dessa rede (AMARANTE, 2008; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2004; BARROS; JORGE; PINTO, 2010; SOUSA et al., 2011,).

Foi instituída no ano de 2011 a Portaria no. 3.088 que preconiza a Rede de Atenção Psicossocial e dá diretrizes para ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para a reabilitação psicossocial de seus usuários (BRASIL, 2011a).

Para reforçar as equipes de saúde no cuidado e reabilitação psicossocial e consolidar a construção da rede, vários recursos são descritos como necessários: recursos afetivos, sanitários, sociais, econômicos, culturais, religiosos e de lazer. Os CAPS devem ser estrategistas e tecedores dessas redes, seja assistindo diretamente e regulando os serviços de saúde trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família, seja promovendo a vida

comunitária e a autonomia de seus usuários, articulando os recursos acima citados (BRASIL, 2011a).

A portaria das RAPS pressupõe que uma rede bem estruturada de atenção psicossocial se compõe de pontos de atenção primária à saúde (APS), CAPS, dispositivos para acolhimento de urgência e emergência, atenção hospitalar, atenção residencial de caráter transitório, estratégias de desinstitucionalização e que haja o fluxo adequado de usuários entre todos os dispositivos (BRASIL, 2011a).

A proposta de organização em rede rompe com o modelo tradicional hierárquico fundamentado em níveis de complexidade e que não se flexibiliza nem articula ações, organizando demandas de acordo com as necessidades do sistema e não do usuário. Pensar num cuidado em saúde mental em rede questiona a própria forma de organização hierárquica do SUS – Sistema Único de Saúde (SOUZA et al., 2011). Ressalta-se que os sistemas nacionais de saúde têm por obrigação organizar redes regionalizadas de saúde com vistas à garantia do direito à saúde, o que envolve a criação de instrumentos para ampliação do acesso e diminuição das desigualdades (KUSCHNIR e CHORNY, 2010).

Um dos pontos fundamentais para a construção da RAPS é a atenção primária (BRASIL, 2011). Figueiredo e Campos (2008) ressaltam o quanto a Atenção Primária tem um papel importante no processo de reinserção social dos usuários de saúde mental, afinal está alocada dentro do território e é um espaço de produção de saúde.

No SUS, a política oficial para a atenção primária se dá através da Estratégia de Saúde da Família. A Portaria no. 2.488 GM/2011 dispõe que a Saúde da Família é estratégia prioritária para a organização da atenção primária à saúde de acordo com os preceitos do SUS. O principal objetivo da Estratégia de Saúde da Família é substituir o modelo tradicional de cuidados, levar a saúde mais próxima às famílias e melhorar a qualidade de vida da população (BRASIL, 2011c).

Há diversos fatores que justificam a importância da inclusão de ações voltadas para a saúde mental na atenção primária. Pesquisas e discussões internacionais têm defendido com veemência o papel primordial desse nível de atenção para o cuidado às pessoas com transtornos mentais (EATON et al., 2011; JACOB et al., 2007; PATEL et al., 2007; SARACENO et al., 2007).

No Brasil, a inserção de ações de saúde mental na atenção primária é preconizada pelo próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), entretanto, a dificuldade dos profissionais desse primeiro nível de atenção em atender às demandas de saúde mental é apontada por

vários estudos (AMARANTE et al., 2011; EATON et al., 2011; RIBEIRO; POÇO; PINTO, 2007; SARACENO et al., 2007; SOUZA; LUIS, 2012).

A importância de ações voltadas à saúde mental na atenção primária é justificada por vários aspectos. Como já apontado, o SUS propõe uma concepção de saúde integral destacando que os profissionais da atenção primária deveriam atender 80% da demanda de saúde e incluir o cuidado à saúde mental das pessoas adscritas nos seus territórios (BACKES et al., 2009; CAMPOS et al., 2010; DALMOLIN et al., 2011; PAIM et al., 2011; RIBEIRO; POÇO, 2007).

Destaca-se ainda que pessoas com transtornos mentais apresentam risco elevado para doenças físicas e agravos e, por outro lado, estas condições também predispõem as pessoas ao desenvolvimento de algum tipo de sofrimento psíquico (BAUER et al., 2010; PRINCE et al. 2007; SOUZA; LUIS, 2012). Acrescenta-se que independente da presença de um diagnóstico, o sofrimento psíquico afeta a qualidade de vida (PORTUGAL et al., 2014).

Constituindo-se como um serviço de porta de entrada, a atenção primária deve oferecer o acolhimento e a primeira escuta à pessoa que apresenta alguma queixa de saúde (CAMPOS et al., 2010; STARFIELD, 2002). Dessa forma, o contato com algum tipo de sofrimento psíquico é comum no cotidiano de trabalho dos profissionais de atenção primária, porém o cuidado oferecido a esse tipo de queixa não tem sido adequado (AMARANTE et al., 2011; SOUZA; LUIS, 2012).

Na rotina de atendimento da atenção primária, questões de saúde mental são mais frequentemente apresentadas de maneira inespecífica – como queixa secundária ou sintomas físicos não explicados pelos exames e anamnese clínica – do que em forma de uma queixa objetiva. Muitas vezes, o diagnóstico de um transtorno mental, sua avaliação e gravidade, acabam por acontecer após vários contatos clínicos ao longo do tempo (RIBEIRO; POÇO, 2007; JACOB; PATEL, 2014).

Discute-se que na atenção primária não é necessário, nem possível, um diagnóstico preciso e exato, mas sim, é de fundamental importância, a capacidade do profissional de atenção primária de identificar se há um sofrimento mental inespecífico ou sintomas específicos dos transtornos mentais, assim como avaliar a gravidade da demanda (RIBEIRO; POÇO, 2007).

Em contrapartida, aponta-se a viabilidade de estabelecer o diagnóstico na atenção primária, porém há problemas na formação dos profissionais para tal tarefa. Além disso, as abordagens contemporâneas de classificação como as presentes no DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - e CID – Classificação Internacional de

Doenças - não estão adequadas à realidade da atenção primária, já que os sintomas não são apresentados de forma clara, diferentes de como aparecem a um psiquiatra (JACOB; PATEL, 2014).

Aponta-se que, diante de uma queixa de saúde mental, os profissionais de atenção primária devem, em uma abordagem inicial, acolher os pacientes e familiares, realizando uma escuta atenta (psicoterapia informal) e evitando ações excessivamente medicalizantes (RIBEIRO; POÇO, 2007). Os profissionais também podem complementar a abordagem desses pacientes através de um histórico clínico laboratorial que identifique possíveis patologias orgânicas presentes e até capazes de justificar o transtorno mental apresentado. Devem, ainda, identificar se os sinais e sintomas apresentados ou evidenciados são prevalentemente físicos ou afetivos, comportamentais e/ou do desenvolvimento, ou cognitivos e bizarros.

Para Ribeiro e Poço (2007) é necessário que haja a distinção, no atendimento da atenção primária, entre um quadro de sofrimento mental inespecífico e de um transtorno mental ou de um comportamento tipificado nas classificações psiquiátricas. O primeiro se caracteriza por uma menor gravidade e deveria ser de responsabilidade da atenção primária. Já o segundo caso pode ser encaminhado aos serviços especializados.

De fato alguns estudos brasileiros apontam que a ação mais frequentemente executada pelos profissionais, na atenção primária quando se deparam com tais sintomatologias, é o encaminhamento para serviços especializados ou especialistas, como os psiquiatras (AMARANTE et al., 2011; SOUZA; LUIS, 2012). Essa forma de trabalho pode ser indicativa da predominância ainda de um paradigma biomédico que, entendendo o indivíduo de forma fragmentada, constituído de várias partes, delega apenas aos “especialistas da psique” o cuidado à saúde mental (RIBEIRO; POÇO; PINTO, 2007).

Para aprimorar e ampliar as possibilidades de atendimento à saúde mental na atenção primária entende-se que os CAPS podem valer-se da ferramenta de Apoio Matricial para cumprir tal função. O Apoio Matricial é um novo modo de produzir saúde no qual duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam propostas de intervenção pedagógica terapêutica (BRASIL, 2011b; CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Por meio do apoio matricial na atenção primária é possível que haja uma conscientização da distinção entre o que pode ser acompanhado pela Equipe de Referência ou outros recursos sociais do território e os casos que necessitam de uma atenção especializada da saúde mental. Com isso produz-se a corresponsabilização (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2008).

De acordo com Campos e Domitti (2007), a articulação entre equipe de referência e equipe de apoio pode acontecer em três planos: a) atendimento e intervenções conjuntas; b) quando o caso necessitar de atendimento mais específico o apoiador pode programar uma série de cuidados especializados ao paciente, acompanhado pela equipe de referência, proporcionando troca de conhecimento e diálogos entre as equipes de modo que a equipe de referência sinta-se empoderada para condução dos casos.

Através do apoio matricial pode também propiciar práticas colaborativas no âmbito da equipe multiprofissional, corroborando uma prática distinta da neurobiológica centrada, isto é, daquela com foco apenas nos sintomas diagnósticos e medicação. Dessa maneira, essa metodologia pode auxiliar a diminuir a “medicalização” ou “psiquiatrização” do sofrimento psíquico (COSTA-ROSA; YASUI, 2008; FIGUEIREDO; CAMPOS, 2008).

Apesar das possibilidades alternativas de cuidado que o apoio matricial proporciona, alguns autores ainda têm pontuado o modelo neurobiológico-centrado como predominante (HARLAND, et. al., 200; CAVALCANTI et al., 2009).

Harland et al. (2009) realizou uma pesquisa com residentes em psiquiatria na Inglaterra e apontou que o modelo mais adotado para compreender os sinais clínicos dos transtornos mentais foi o biológico, porém outros apareceram de forma significativa como o modelo cognitivo.

Assim, as discussões sobre as práticas de saúde mental estão subsidiadas por paradigmas concorrentes e para contextualizar as efetividades destas práticas é de extrema importância conhecer os referenciais teóricos que as embasam e as concepções inerentes aos construtos saúde e saúde mental (MIELKE et al., 2011). Pois estes aspectos têm influência direta no modo que esses profissionais identificam e acolhem tais demandas, tanto na atenção primária quanto nos outros equipamentos de saúde.

O conceito de saúde tem sido alvo de pensadores e filósofos, através dos séculos da humanidade e da história da medicina (ALMEIDA-FILHO, 2011; BACKES et al., 2009; HAMILTON, 2010; SCHMIDT, 2010). Porém, a tarefa de definir o conceito tem recebido pouca atenção nas pesquisas científicas a partir de 1950, talvez pela impossibilidade de se chegar a um consenso (HUBER et al., 2011; JADAD; O'GRADY, 2008).

A definição de saúde apresentada pela OMS é o conceito mais difundido principalmente nos meios de formação dos profissionais da área que a entende como “completo bem-estar biopsicossocial”, não sendo apenas a ausência de doença. Tal conceito foi fundamental para as posteriores reformulações nas políticas de saúde do mundo inteiro e inova na proposta de saúde, incluindo aspectos sociais e psicológicos (AMARANTE, 2008;

ALMEIDA FILHO, 2011; BACKES et al., 2009; DALMOLIN et al., 2011; HAMILTON, 2010; HUBER et al., 2011; JADAD e O'GRADY, 2008).

Apesar das intenções positivas de tal conceituação, esta foi alvo de intensas críticas ao longo dos seus 60 anos de existência. A principal dela é que tal forma de compreensão acaba por trazer uma conotação utópica de saúde: não haveria como atingir tal condição de “bem-estar completo” diante das limitações e complexidade da própria condição humana. (HUBER et al., 2011; JADAD; O'GRADY, 2008).

A partir das críticas e de diferentes acontecimentos políticos e econômicos surgiu a discussão de um novo paradigma: a *produção social da saúde*. Essa nova visão surge da combinação da medicina preventiva com uma abordagem holística da saúde, a ampliação do conceito de educação sanitária e o afastamento da abordagem higienista. Entende-se que saúde é determinada pelas condições de vida da população. (ALMEIDA-FILHO, 2011; KIND; FERREIRA-NETO, 2013; SCHMIDT, 2010).

Nesse momento, aparece a discussão dos determinantes sociais de saúde – DSS – que, embora apresente várias definições, tem como ideia principal que as condições de vida e trabalho dos indivíduos determinam as condições de saúde. Estudiosos dedicam-se, atualmente, a discutir de que forma e o quanto fatores sociais, econômicos e políticos incidem na saúde populacional e individual. Assim sendo, a saúde pode estar ligada a aspectos físicos-materiais (investimento em infraestrutura comunitária), fatores psicossociais – percepção de desigualdade social e o chamado “capital social”. Este relacionado à disponibilidade de recursos na estrutura social que podem ser acessados ou mobilizados para ações intencionais (ALMEIDA-FILHO, 2011; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; DUTT; WEBBER, 2010).

Em relação ao conceito de saúde mental, até há alguns anos, quando se dizia “trabalhar com saúde mental” era atuar especificamente com doença mental e apenas dentro de manicômios. No entanto, discutir “saúde mental” na contemporaneidade, principalmente no Brasil, significa debater uma área extensa e complexa. O termo engloba campo de conhecimentos, atuação técnica e políticas públicas de saúde. Sua amplitude dificulta que se estabeleçam limites de definição, inclusive por basear-se em vários tipos de conhecimento como a psiquiatria, neurologia, psicologia, filosofia, fisiologia, sociologia e até mesmo a geografia (AMARANTE, 2008).

Já, a OMS define saúde mental como um estado de bem-estar no qual um indivíduo pode utilizar-se de suas habilidades, lidar com os estresses, trabalhar produtivamente e ser capaz de contribuir para sua comunidade (WHO, 2014).

Frente a toda realidade do atendimento à saúde mental tanto no município que será campo de pesquisa, como no SUS, é de extrema importância que se levante como os profissionais de saúde concebem as questões de saúde mental: como acolhem aqueles que apresentam um sofrimento psíquico e como os identificam. Mielke et al. (2011) aponta que a eficiência e a eficácia do CAPS, depende de como são realizadas as práticas dos serviços pelos seus profissionais e os preceitos teóricos que as embasam

A presente pesquisa certamente possibilitará a ampliação da concepção e cuidado de saúde mental, promovendo reflexões sobre a organização da rede de saúde para o atendimento dessa demanda, bem como informar novos rumos para a política pública relacionada a esse setor.

Quinderé (2008) afirma que ainda são poucos os estudos focados na compreensão do funcionamento dos serviços de saúde mental em rede e em como se articulam com os demais componentes dos sistemas de saúde. Dessa forma, uma pesquisa que permita averiguar como os profissionais e as unidades de um município se relacionam para o cuidado de saúde mental mostra-se relevante também para trazer alguma contribuição aos estudos de tal temática.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar o atendimento das demandas de saúde mental na rede de atenção à saúde no município de Cordeirópolis

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever a composição da rede de atenção de saúde no atendimento das demandas de saúde mental
- Averiguar o entendimento da equipe sobre o conceito de saúde e saúde mental
- Analisar a percepção dos profissionais da rede de atenção à saúde sobre identificação e cuidado às demandas de saúde mental
- Analisar a percepção dos profissionais sobre a rede para o atendimento das demandas de saúde mental

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa transversal, do tipo descritivo-exploratória e com abordagem qualitativa.

3.2 Local do estudo

O município de Cordeirópolis conta com cerca de 21.000 habitantes (IBGE, 2010) e está situado ao leste do Estado de São Paulo. Pela política de hierarquização do SUS a rede de saúde da cidade é composta pelos serviços de Vigilância em Saúde e por dois níveis de atenção: primário, composto por cinco ESF; e secundário, composto pelo Centro de Especialidades Médicas, Centro de Fisioterapia, Farmácia, Central de Ambulâncias, Hospital e Maternidade de Cordeirópolis (HMC), Centro Odontológico, Ambulatório de Saúde Mental e CAPS I. O terceiro nível de atenção (alta complexidade) é encaminhado ao município de referência (Limeira) do qual Cordeirópolis faz parte de seu Colegiado Regional assim como Iracemápolis e Engenheiro Coelho. Cordeirópolis pertence à Direção Regional de Saúde de Piracicaba – DRS-X.

A pesquisa foi desenvolvida nos serviços da rede de saúde do município de Cordeirópolis/SP, que estão direta ou indiretamente envolvidos nos cuidados de saúde mental da população. Assim, os serviços elencados foram: CAPS I, Ambulatório de Saúde Mental (ASM), as cinco equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), Pronto Socorro do Hospital Geral que também atende demandas psiquiátricas.

No presente estudo, estes serviços foram classificados em dois grupos: 1) especializados em saúde mental (aqueles que fornecem cuidados especificamente para indivíduos com transtornos mentais ou sofrimento psíquico), a saber, o CAPS I, ASM; 2) serviços vinculados à saúde mental (aqueles que oferecem cuidados de saúde à população em geral, inclusive a indivíduos com transtornos mentais ou sofrimento psíquico), o Pronto Socorro, as cinco ESFs.

3.3 Participantes

Os participantes do presente estudo foram um representante de cada categoria profissional que atuam nos serviços estudados.

Assim, dos serviços especializados, foram selecionados uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um escriturário, um auxiliar geral, dois psicólogos, uma assistente social, um terapeuta ocupacional e uma psiquiatra (grupo 1).

Dos serviços que atuam de forma geral na saúde (grupo 2), os seguintes sujeitos: um farmacêutico, uma assistente social, uma psicóloga, três médicos clínico, dois agentes de saúde, duas enfermeiras, dois técnicos de enfermagem e um recepcionista. Totalizando 22 sujeitos (nove no grupo 1 e treze no grupo 2).

Esse tipo de seleção teve o propósito de incluir opiniões e visões diversificadas sobre o tema da pesquisa, buscando dados que propiciassem a análise, inclusive, das contradições existentes no cuidado em saúde mental, considerando as especificidades do local da pesquisa conforme recomendado por Onocko-Campos e Furtado (2006).

Outro importante aspecto relacionado à seleção dos sujeitos em estudos qualitativos diz respeito à saturação dos dados (FONTANELLA et al., 2011), logo, a necessidade de inserção de mais sujeitos foi avaliada ao longo do processo de coleta, análise preliminar e validação dos dados junto aos entrevistados. Assim, os pesquisadores retornaram ao campo para a realização de mais quatro entrevistas quando então se identificou a saturação das informações.

Os critérios de inclusão foram não estar afastado ou de férias no período de coleta de dados. Quanto aos critérios de exclusão, elencou-se profissionais que atuavam apenas em regime de plantão, tempo de atuação menor de um ano no município em questão e na referida profissão.

Todos os participantes convidados para a pesquisa concordaram em participar, com exceção do psiquiatra do Ambulatório de Saúde Mental. A maioria era do sexo feminino – 17 participantes, com idade média de 34 anos (idade mínima 24 e máxima 54) e tempo médio de formação de oito anos (tempo mínimo um ano e máximo 30 anos). O tempo médio de atuação nos serviços foi de três anos (mínimo um ano e máximo vinte anos). A categoria profissional dos participantes de cada serviço, assim nível de escolaridade exigido para função podem ser conferidos no Quadro 1.

Serviço	Nível Escolaridade	Funções
CAPS	Ensino Médio/Técnico	Técnica de Enfermagem, Escriturária, Auxiliar Geral
	Ensino Superior	Assistente Social, Médica Psiquiatra, Enfermeira, Psicóloga*, Terapeuta Ocupacional*
ASM	Ensino Superior	Psicólogo
HMC	Ensino Médio/Técnico	Técnico em Enfermagem
	Ensino Superior:	Assistente Social, Médica Clínica, Enfermeira, Psicóloga
ESF	Ensino Médio/Técnico	Técnico de Enfermagem, Recepcionista, Agente Comunitário de Saúde
	Ensino Superior	Enfermeira Responsável, Médico Clínico, Farmacêutica

*Profissionais também atuam no Ambulatório de Saúde Mental

Quadro 1 – Características dos participantes selecionados para a pesquisa

3.4 Aspectos Éticos

A investigação respeitou os princípios éticos postulados na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que delimita as diretrizes das pesquisas que envolvem seres humanos. Assim, antes do início da coleta de dados, esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP (CAAE 10341212.0.0000.5393 – ANEXO A).

No primeiro contato com os participantes, foram citados os objetivos e a metodologia, esclareceu-se ao sujeito sua liberdade de decisão em participar ou não da pesquisa e o direito de retirar-se da mesma em qualquer momento, caso desejasse. Foi garantido sigilo e anonimato aos participantes.

Foi elaborado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi lido antes do início das entrevistas e assinado, em seguida, por aqueles que aceitaram participar do estudo (APÊNDICE A). Uma via assinada pelo pesquisador foi entregue a todos participantes.

3.5 Coleta de dados

Os dados foram coletados entre junho de 2013 e maio de 2014 e as técnicas para coleta dos dados foram: levantamento de dados secundários, análise documental e entrevistas semiestruturadas.

Os dados secundários foram obtidos através do DATASUS, base de dados dos respectivos serviços (planilhas, arquivos, fichas de acolhimento e de encaminhamento, prontuários) e do Plano Municipal de Saúde “2010-2013”. Os dados que foram coletados são:

- Descrição dos serviços selecionados;
- Número de usuários atendidos no Ambulatório de Saúde Mental;
- Número de usuários atendidos no CAPS I de acordo com o CID 10;
- Número de acolhimentos realizados pelo CAPS I, queixas e respectivos desfechos (tratamento no próprio CAPS, encaminhamento para Ambulatório de Saúde Mental, orientação breve);
- Número de internações e reinternações por transtornos mentais;
- Número de encaminhamentos da atenção primária para o serviço especializado de saúde mental.

Para análise documental, foram selecionados todos os documentos que embasam o funcionamento do serviço: planilhas com dados dos acolhimentos do serviço do ano de 2012, o projeto de implantação do CAPS e o Plano de Funcionamento do serviço junto ao Departamento Regional de Saúde.

Em relação às entrevistas semiestruturadas, (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004; BONI; QUARESMA, 2005) estas foram realizadas seguindo um roteiro (APÊNDICE B – Roteiro de entrevista) com questões norteadoras (TANAKA;MELO, 2004) visando apreender a compreensão dos profissionais de saúde sobre:

- os conceitos de saúde e saúde mental;
- os critérios de identificação, acolhimento, encaminhamento para especialidades dos casos de saúde mental;
- a articulação com a rede de saúde;
- suporte para manejo dos casos de saúde mental.

As entrevistas foram conduzidas por uma psicóloga mestranda e uma estagiária de psicologia, as quais tiveram um treinamento prévio para coleta de dados qualitativos. As entrevistas foram realizadas em salas reservadas nos próprios locais de trabalho dos

profissionais. Todas foram gravadas em áudio para posterior transcrição integral formando um corpus de informação (MINAYO, 2006).

O quadro abaixo sintetiza os pressupostos frente a cada um dos objetivos específicos bem como explicita como os dados serão operacionalizados para a análise que se propõe.

Objetivos	Pressupostos	Dados	Operacionalização
Descrever a composição da rede de atenção de saúde no atendimento das demandas de saúde mental.	Uma rede bem estruturada compõe-se de pontos como APS, CAPS, dispositivos de urgência e emergência, atenção hospitalar, atenção residencial de caráter transitório e estratégias de desinstitucionalização.	Informações da base de dados dos respectivos serviços (planilhas, arquivos, fichas de acolhimento e de encaminhamento, prontuários) do Plano Municipal de Saúde 2009 e do DATASUS.	Análise documental descritiva tendo como parâmetro as Políticas atuais do Ministério da Saúde que definem uma composição adequada da rede.
Averiguar o entendimento da equipe sobre o conceito de saúde e saúde mental.	Entende-se que os profissionais têm como base principal a manifestação dos sintomas.	Informações coletadas nas entrevistas sobre: - a concepção de saúde e saúde mental - exemplos de casos que consideram com demandas de saúde mental.	Análise do conteúdo dos dados das entrevistas.
Analisar a percepção dos profissionais da rede de atenção à saúde na identificação e cuidado às demandas de saúde mental.	A identificação dos casos de saúde mental é através da queixa de sofrimento psíquico e/ou percepção de comportamento alterado.	Informações coletadas nas entrevistas sobre: -os aspectos que consideram para identificar uma demanda de saúde mental -qual a conduta adotada frente a uma demanda de saúde mental.	Análise de conteúdo dos dados das entrevistas.
Analisar a percepção dos profissionais sobre a rede para o atendimento das demandas de saúde mental.	A rede do município de Cordeirópolis conta com diferentes dispositivos, mas pouca articulação entre eles.	Informações obtidas nas entrevistas sobre: - O que os profissionais consideram como recurso para planejar as intervenções em saúde mental.	Análise de conteúdo dos dados das entrevistas.

Quadro 2 - Estrutura operacional do projeto de pesquisa.

3.6 Marco Conceitual Analítico

No presente estudo adotaram-se como parâmetros para análise dos dados os conceitos de saúde, saúde mental baseados em Almeida-Filho (2011), Foucault (2012), Paulo Amarante (2010) e OMS e alguns atributos da Atenção Primária à Saúde, descritos por Bárbara Starfield, a saber: Integralidade, Coordenação e Responsabilidade.

Estes autores foram escolhidos quanto aos conceitos de saúde e saúde mental, pois suas asserções propiciam uma problematização rica sobre as controvérsias da polarização entre “saúde e doença”, isto é, as discussões propostas por estes autores contribuem para a construção da ideia de um *contínium* ou de um “processo saúde-doença” no qual as duas situações podem coexistir num mesmo sujeito ao mesmo tempo.

Segundo Almeida-Filho (2011) saúde é um conceito amplo, dinâmico e temporal, isto é, depende de aspectos culturais e políticos específicos do momento histórico em questão, não sendo possível uma definição simplista. O autor considera a definição de saúde proposta pela OMS limitada e carente de reformulação. Dessa forma, o autor prefere uma concepção positiva de saúde, não enfocando aspectos negativos como a presença ou ausência de doenças. Entende-se que é necessária ser mais ampla e multidisciplinar, pois a saúde não pode ser compreendida de forma polarizada – estar doente ou saudável – mas sim como processo contínuo.

Saúde mental, por sua vez é definida pela OMS como um estado de bem-estar no qual o indivíduo consegue ser produtivo, utilizar suas habilidades, lidar com estresses e contribuir com a sua comunidade (WHO, 2014). As discussões de Amarante (2010) ampliam essa concepção acrescentando que saúde mental vai além de referir-se a psicodiagnósticos, inclui outros campos de saberes e abarca questões políticas (direitos e cuidados àquele que apresenta sofrimentos psíquicos), sociais (inserção na sociedade, trabalho, educação) de diversas áreas de conhecimento como geografia, antropologia, economia, que contribuem para sua manutenção.

Foucault (2012) destaca que os conceitos tanto de sanidade como de loucura foram construindo-se e sofrendo reformulações fortemente relacionadas com o contexto histórico, político e os interesses predominantes da civilização ocidental em cada período. Isto é, tais concepções foram formuladas sob a ótica ora de paradigmas sociais, ora de paradigmas jurídicos e médicos, sendo este último ainda dominante e forte influenciador tanto da definição quanto dos cuidados à saúde mental. A definição de loucura, portanto, ainda estaria fortemente ligada aos diagnósticos psiquiátricos.

Dessa forma, considerando os paradigmas vigentes, entende-se saúde e saúde mental como processo contínuo e complexo que inclui aspectos físicos ou psíquicos, também sociais e políticos.

Partindo desses pressupostos, entende-se que a abordagem à saúde mental na atenção primária pode ser uma forma de ampliar concepções e cuidados. Saúde e saúde mental não são conceitos distintos, mas indissociáveis, concluindo-se que toda forma de atenção, inclusive a primária, deva incluir atividades relacionadas ao aspecto psíquico.

No que diz respeito à organização do cuidado de saúde, Starfield (2002) descreve a “atenção primária” como uma organização do sistema que proporciona uma abordagem à saúde das pessoas mais abrangente e complexa do que um conjunto de atividades clínicas. Para tal, a autora aponta cinco atributos básicos (acessibilidade, integralidade, coordenação, continuidade e responsabilidade) que devem ser garantidos em todas as partes do sistema (CAMPOS et al., 2010; STARFIELD, 2002).

No presente estudo foram elencados os atributos Integralidade, Coordenação e Responsabilidade, pois estes são considerados aspectos chaves para discussão contemporânea sobre a organização da rede de atenção psicossocial e, sobretudo, em relação aos objetivos propostos no presente estudo.

Para cada um dos atributos elencados no presente estudo foram discriminados alguns elementos considerados por Starfield (2011) como essenciais para a efetivação dos respectivos atributos.

Salienta-se que os elementos elencados foram adaptados das descrições de Bárbara Starfield (2002), em cada um dos atributos da atenção primária. Dessa forma, a organização e nomeação destes elementos para estudo visou organizar e auxiliar o processo de análise e discussão.

O esquema de atributos da Atenção Primária selecionados para esse estudo, bem como seus respectivos elementos, são apresentados na Figura 1.

Figura 1 - Esquema dos pressupostos da atenção primária selecionados para o estudo e aspectos a serem analisados nas falas dos profissionais.

A integralidade para Starfield (2002) pressupõe que o indivíduo seja abordado como “um todo”, considerando todas as suas necessidades de saúde e o contexto que vive. Pressupõe, portanto uma atenção ampla ao invés de focada na “doença” e no episódio. Esta abordagem focada na pessoa abarca a ideia de problemas de saúde e não de doenças, isto é, tais problemas são considerados episódios inerentes à condição da vida, logo a história pessoal do sujeito precisa ser considerada e valorizada no processo de cuidado à saúde. (STARFIELD, 2011)

Dessa forma, atividades direcionadas à saúde mental são a condição essencial para um cuidado integral, isto é, necessária uma identificação coerente de casos que demandem algum cuidado específico (transtorno mental, sofrimento psíquico) ou inespecífico (situações de sofrimento psíquico relacionado a outras demandas clínicas). Além disso, faz-se necessária uma articulação entre as unidades de saúde geral e os serviços especializados numa abordagem multidisciplinar e corresponsável.

O atributo “coordenação” refere-se à capacidade de gerenciar a atenção ao sujeito e de continuar responsável por esse mesmo quando ele está sob cuidado de outro serviço. Isto é, considera-se como dever da equipe de referência do indivíduo coordenar e integrar a atenção fornecida por terceiros no cuidado à saúde (STARFIELD, 2011).

Esse atributo corrobora as orientações das atuais políticas brasileiras de saúde mental de que os cuidados a essa demanda aconteçam de forma contínua e articulada, sendo os CAPS os principais responsáveis pela organização da atenção. Partindo da concepção de atenção primária à saúde proposta por Starfield (2011), a responsabilidade pela coordenação não

competiria apenas aos CAPS, mas também às ESFs e aos demais serviços da rede atuando como corresponsáveis. De qualquer forma, o trânsito do paciente pelos diferentes serviços da rede precisa ser organizado a partir de critérios claros de encaminhamento, referência e contra-referência. Para que isso se efetive, faz-se necessário um fluxo acessível de informações entre os profissionais de diferentes pontos de atenção sobre os usuários, pois a efetividade da coordenação depende da estruturação do cuidado compartilhado e contínuo pelas equipes dos diferentes serviços.

O atributo “responsabilidade” refere-se à incumbência das redes de saúde de garantir o acesso, a qualidade e o controle de custos e investimentos do cuidado, ou seja, está ligado aos compromissos e deveres dos serviços no cuidado à saúde e, especificamente nesse estudo, na garantia do cuidado à saúde mental.

Nesse estudo, devido a seus objetivos, apenas será analisado o aspecto da garantia de acesso aos cuidados para demandas de saúde mental, excluindo-se os relacionados a investimento e qualidade pela limitação da pesquisa.

Para a garantia da acessibilidade, há a necessidade do conhecimento sobre território, incluindo perfil populacional e aspectos culturais para tornar-se possível definir o melhor local para que sejam alocados a estrutura física do cuidado, os horários de funcionamento (por exemplo, fora de horário comercial, finais de semana) e os manejos das questões de saúde.

Outra característica desse atributo é a de “porta de entrada” o que a autora define como “ponto de primeiro contato” (p. 208). Em outras palavras, é o local que o sujeito procura inicialmente para buscar cuidados à saúde. Essa “porta de entrada” na atenção primária deve possibilitar a avaliação do problema do indivíduo como simples ou grave para que sejam articulados e providenciados os cuidados necessários à demanda.

Ainda sobre a responsabilidade, entende-se nesse estudo que o cuidado de saúde, embora restrito aos serviços de saúde, não há como efetivar o seu conceito ampliado se não envolver outros tipos de serviços de caráter social, educacional, lazer e outros. Assim sendo, uma abordagem pautada na lógica da atenção primária, implica em práticas colaborativas com outros equipamentos além de saúde (STARFIELD, 2002). Logo, o aspecto da instersetorialidade consiste num elemento relevante para análise e discussão do atributo da responsabilidade.

A autora elenca também seis características básicas que podem sinalizar o quanto as unidades de saúde estão ou não orientadas pela lógica da atenção primária:

- 1) frequência que se busca atendimento primeiro com o médico da atenção primária, antes de outro especialista;

- 2) a força do vínculo entre médico de atenção primária e usuários dos serviços;
- 3) o quanto a unidade de atenção primária cuida de necessidades comuns;
- 4) o grau de coordenação da atenção primária e outros serviços;
- 5) o quanto é orientado para família e
- 6) o quanto é orientado para a comunidade.

Diante do exposto, compreende-se que as Redes de Atenção Psicossocial podem beneficiar-se da adoção de uma lógica da atenção primária na construção de ações e nas práticas de cuidado à saúde mental. Esta abordagem proposta por Starfield (2002) também auxilia a compreensão de indivíduo de forma integral, o que corrobora a concepção ampliada de saúde, adotada pelo Sistema Único de Saúde brasileiro. Dessa forma, este referencial também contribui para a construção e análise desta pesquisa, ampliando a discussão do atendimento das demandas de saúde mental.

3.7 Análise dos Dados

Os documentos e as entrevistas foram analisados separadamente e de modo sequencial, isto é, primeiro foi empreendida uma análise documental com o objetivo de obter um panorama sobre a rede de saúde mental sob estudo. Em seguida, foi realizada a análise dos dados das entrevistas.

Quanto à análise documental, procedeu-se os passos descritos por Bowen (2009) e Souza, Kantorski e Luis (2011). Efetuou-se a releitura dos dados organizando as informações pertinentes à descrição do serviço em temas previamente definidos, a saber: histórico, fluxo de atendimento de cada serviço, atividades oferecidas, horário de funcionamento e número médio de atendimentos. Este processo foi empreendido com a finalidade de proporcionar um panorama da rede de atenção à saúde no qual foi realizado o estudo.

Todos os dados foram analisados seguindo as orientações de Yin (2011). Segundo o autor, há cinco fases para análise de dados qualitativos 1) compilação, 2) desmontagem, 3) remontagem, 4) interpretação e 5) conclusão.

Na primeira fase, a compilação, os dados dizem respeito à organização das informações de forma sistemática numa base de dados. Assim, as entrevistas foram profissionalmente transcritas formando dois grandes *corpus* de informações: um relacionado à

percepção dos participantes sobre os conceitos de saúde e saúde mental e outro sobre o manejo das demandas de saúde mental na rede.

No *Corpus* 1, optou-se pela construção de categorias a partir do que emergiu nas entrevistas sobre saúde e saúde mental, para que maior apreensão destes construtos ficasse estabelecida na etapa inicial da análise.

Já em relação ao *Corpus* 2, optou-se por categorias predefinidas de acordo com o referencial teórico adotado.

Na fase de desmontagem da análise o *corpus* de informações 1 foi dividido em unidades de significado, ou seja, palavras sentenças ou parágrafos que continham aspectos relacionados entre si através do seu conteúdo e contexto. Como não havia categorias previamente estabelecidas para análise deste *corpus*, os pesquisadores realizaram leitura flutuante visando discriminar os termos em evidência. Em seguida realizaram-se releituras sucessivas das frases que continham esses termos para construção de um primeiro nível de códigos.

Determinaram-se, então, as questões proeminentes para cada unidade de significado. Tendo como base essas questões, as unidades de significado foram agrupadas em nós. Os pesquisadores envolvidos (psicóloga, terapeuta ocupacional e enfermeira) entrecruzaram os agrupamentos em categorias criando, a partir das convergências, temas específicos. Esta fase relaciona-se à terceira etapa de análise proposta por Yin (2011), a Remontagem. Em seguida, reagruparam-se os referidos códigos para formar duas categorias principais e três subcategorias, conforme pode ser observado no Quadro 3. As discrepâncias quanto às categorias foram discutidas e balizadas entre os três pesquisadores.

Concepção de Saúde e Saúde Mental	
<i>Categorias</i>	<i>Subcategorias</i>
Saúde e Saúde Mental são conceitos equivalentes	
Saúde e Saúde Mental são conceitos distintos	Manifestação da doença Relativização do conceito

Quadro 3 – Resultado da categorização referente a análise das concepções de saúde e saúde mental

Após a construção completa das categorias, foi realizada então a interpretação destes conteúdos tendo como parâmetro as concepções saúde e saúde mental, a partir das definições da OMS, Almeida Filho (2011), Foucalt (2012), Amarante (2010).

Em relação ao *corpus* de informação sobre o manejo das demandas de saúde mental, foi adotada a lógica da Atenção Primária como referencial teórico para análise e categorização

desses dados (ver marco analítico). Dessa forma, na primeira fase de desmontagem do *corpus* de informações foram realizadas leituras sucessivas para identificar os referidos nas entrevistas para a construção de um primeiro nível de análise e posterior reorganização dos dados.

Na fase de Remontagem, relacionaram-se as principais ações de saúde com os aspectos essenciais de cada atributo da Atenção Primária, reorganizando os dados para identificar a existência ou não desses aspectos na fala dos profissionais dos serviços da rede de saúde estudados. Para isso foram elencados trechos chaves das falas dos participantes, discriminando os desafios identificados em relação a cada um destes.

Um esquema de interpretação para os dados coletados na entrevista com os profissionais pode ser observado na Figura 2.

Figura 2 – Esquema com referenciais teóricos para interpretação dos dados coletados nas entrevistas

A codificação e uma interpretação descritiva dos dois *corpus* de informações resultaram na etapa de discussão dessa pesquisa que buscou relacionar os achados aos referenciais teórico acima citados e outras pesquisas referentes à concepção de saúde e saúde mental, rede de saúde, rede de atenção psicossocial, serviços comunitários de saúde mental e saúde mental na atenção primária. Dessa forma, elaborou-se a quinta fase do processo de análise descrito por Yin (2011), a conclusão, na qual se busca ampliar os conceitos estudados sugerindo propostas e convocando novas pesquisas.

4 RESULTADOS

A apresentação dos resultados foi dividida em três itens: 1) Rede de Atenção Psicossocial, 2) Concepção de Saúde e Saúde Mental, 3) Manejo das demandas de saúde mental.

A partir da análise documental, descreveu-se a Rede de Atenção Psicossocial do município com enfoque em seu histórico, fluxo de atendimento, atividades oferecidas, horário de funcionamento e número médio de atendimentos.

Os resultados referentes à concepção de Saúde e Saúde Mental foram formulados a partir da análise das entrevistas dos participantes e interpretação baseadas nos parâmetros já descritos na Figura 2. Quanto ao item “manejo das demandas de saúde mental”, foi construído a partir da triangulação dos dados das entrevistas com análise documental, especificamente as informações sobre fluxo dos usuários de saúde mental no município.

4.1 A rede de atenção psicossocial do município de Cordeirópolis

A rede de atenção psicossocial do município de Cordeirópolis era composta por um CAPS, o Ambulatório de Saúde Mental, as Estratégias de Saúde da Família e Hospital e Maternidade de Cordeirópolis (HMC) que oferecia o serviço de pronto-socorro. Destaca-se que o CAPS, as ESF e o PS eram os serviços que atendiam a demanda espontânea de saúde mental.

Cada um desses serviços possuía equipe multidisciplinar específica e uma dinâmica para o acolhimento, cuidado e encaminhamento dos pacientes com essas necessidades. O Quadro 4 apresenta a composição da equipe de cada um desses serviços.

Local	Composição da Equipe
CAPS I	2 psicólogas*, 1 terapeuta-ocupacional, 1 enfermeira, 1 técnica de enfermagem, 1 assistente social, 1 auxiliar geral, 1 escriturário, 2 estagiárias psicologia, 1 médica psiquiatra
ASM	4 psicólogos*, 1 terapeuta-ocupacional*, 1 enfermeira, 2 médicos psiquiatras
HMC	5 enfermeiros, 1 enfermeiro coordenador, 19 técnicos em enfermagem, 1 almoxarife, 1 cozinheira, 1 escriturário, 8 recepcionistas, 1 psicóloga, 3 assistentes sociais, 8 auxiliares serviços gerais, 1 farmacêutico, 7 técnicos em radiologia, 1 fisioterapeuta, 1 médico do trabalho, 4 médicos clínicos gerais (terceirizados).
ESFs	33 agentes de saúde, 5 médicos clínicos, 10 técnicas-enfermagem, 5 enfermeiras, 5 médicos pediatras, 5 médicos ginecologistas, 6 escriturários, 6 auxiliares gerais, 1 farmacêutica

*Uma psicóloga e uma terapeuta-ocupacional atuam no CAPS e ASM.

Quadro 4 – Composição da equipe dos serviços da rede de saúde mental, Plano Municipal de Saúde de Cordeirópolis “2010-2013”, 2013.

As especificidades de cada um dos serviços que compõem os dois grupos selecionados nesse estudo, a saber: Grupo 1) especializados em saúde mental e Grupo 2) serviços vinculados à saúde mental, estão descritas abaixo atendendo os seguintes itens: histórico, fluxo de atendimento local, atividades oferecidas, horário de funcionamento e número médio de atendimentos.

4.1.1 A Atenção Primária em Saúde

A atenção primária em saúde no município estudado estava organizada nos moldes da Estratégia de Saúde da Família. A Estratégia da Saúde da Família em Cordeirópolis foi iniciada no ano 2000, no bairro Jardim Juventude, escolhido na época por ter em sua área de abrangência um Assentamento, na época, um dos critérios necessários para adesão ao projeto. No período de coleta, todas as antigas Unidades Básicas de Saúde já haviam sido reestruturadas no modelo da Estratégia da Saúde da Família.

Eram cinco unidades: Unidade de Saúde da Família Dona Anita – conhecida como ESF Planalto, Unidade de Saúde da Família Silvina Pereira – ESF Cordeiro, Unidade de Saúde da Família Américo Bertão – ESF Eldorado, Unidade de Saúde da Família Lydia Benedicto da Cruz – ESF Progresso, Unidade de Saúde da Família Dalcy Campos Toledo – ESF Centro. As unidades funcionavam de segunda a sexta, das 7h às 17h.

As equipes da saúde da família, até o ano de 2013, cobriam 4.472 famílias, totalizando 15.284 pessoas atendidas, o que equivale a 70% da população total. O município estava

caminhando para a cobertura integral da Estratégia de Saúde da Família na zona urbana, nos anos de 2001 a 2009 houve um crescimento de mais de 200% da cobertura do programa no município.

Dentro do escopo das atividades da ESF estavam ações de acolhimento integral à mulher. No município, era oferecido um atendimento multiprofissional às gestantes, Planejamento Familiar e cuidados de prevenção de câncer de mama e colo do útero.

Além disso, havia atividades específicas para controle da hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase incluindo prevenção, diagnóstico, acompanhamento e tratamento que aconteciam principalmente através de visitas domiciliares realizadas pelos profissionais de saúde e consultas médicas.

Em relação à saúde mental, o cuidado a essa demanda se dava de forma indireta, realizado nas escutas às queixas, principalmente durante procedimentos ou consultas relacionadas a outras demandas clínicas ou visitas domiciliares, através do apoio matricial ou encaminhamentos.

Em 2012 foram realizados, nas cinco unidades de ESF da cidade, 78.363 procedimentos de enfermagem – uma média de 6.530,2 procedimentos por mês. Houve 24.425 atendimentos médicos em clínico geral, ginecologia e pediatria – uma média de 2.118,75 por mês. Em 2 ESFs nas quais são oferecidas consultas odontológicas foram realizadas 3.059 – uma média de 254,9 por mês.

Em relação ao fluxo de atendimento do serviço, este atendia demanda espontânea, ou seja, o usuário de seu território que queria buscar algum dos atendimentos oferecidos podia fazê-lo pessoalmente na unidade para agendamento das consultas ou outro tipo de procedimento. Ou ainda, como parte da Estratégia de Saúde da Família, agentes de saúde faziam busca ativa de usuários no território, realizando primeiramente um cadastro da família para, posteriormente, realizar acompanhamento para orientação e controle de demandas de saúde.

4.1.2 Atenção Psicossocial Especializada

Cordeirópolis contava com dois pontos de atenção psicossocial especializada: o Ambulatório de Saúde Mental (ASM) e o Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS).

O Ambulatório de Saúde Mental do município iniciou suas atividades no ano de 1994 no Centro de Saúde III, atendendo usuários de todas as faixas etárias encaminhados pelos diferentes programas do município. Inicialmente o serviço contava com um psiquiatra e uma

assistente social. O atendimento era realizado através de triagem social, consulta psiquiátrica com agendamento prévio, terapia de grupo com coordenação conjunta do psiquiatra e assistente social; reunião com familiares, visitas domiciliares, informações à comunidade através da imprensa falada e escrita e encaminhamentos para outros recursos comunitários, Ambulatório de Especialidade de Limeira/ SP e Hospitais Psiquiátricos.

Com o decorrer de suas atividades, o Ambulatório de Saúde Mental foi diversificando-se com a introdução do atendimento neurológico (não presente atualmente), psicológico, terapêutico ocupacional e de enfermagem e diferenciação gradativa da estrutura e dinâmica de atendimento em função da complexidade da problemática e faixa etária dos usuários.

A atenção à Saúde Mental para a clientela de 17 anos em diante, até dezembro de 2006, continuava centrada no Ambulatório de Saúde Mental. Os usuários eram encaminhados pelos médicos da rede pública: Unidades Básicas e Saúde da Família, Centro de Saúde III, Hospital e Maternidade de Cordeirópolis (HMC) e também pelo Poder Judiciário, Conselho Tutelar, Escolas, Centro de Apoio psicopedagógico (CAP) e Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) para avaliação psiquiátrica e/ou psicológica e social, com posterior atendimento ambulatorial especializado, segundo as necessidades. Esporadicamente eram realizadas atividades de prevenção junto às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e comunidade, bem como atendimentos às situações emergenciais.

Com a abertura do CAPS I, em fevereiro de 2012, o Ambulatório de Saúde Mental focou seus atendimentos em casos leves a moderados. Todos os encaminhamentos para este serviço deveriam vir da equipe de saúde mental que, obrigatoriamente, fazem um primeiro acolhimento do caso no CAPS antes de enviá-lo ao Ambulatório.

O Ambulatório funciona das 7h às 17h, sem intervalo para almoço.

Após sua instalação no município, o CAPS I se tornou principal ponto de atenção à saúde mental do município de Cordeirópolis e tinha seu funcionamento regulado pela Portaria no. 336/19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002).

O Serviço funcionava das 7h às 17h e contava, até o final de 2012, com 106 usuários cadastrados, sendo 22 usuários em regime de tratamento intensivo (frequentavam o CAPS todos os dias em período integral), 21 usuários semi-intensivos (frequentavam o CAPS toda semana em períodos alternados) e 63 usuários em regime não intensivo (apenas consultas eventuais).

O CAPS, na época da coleta de dados, era mantido através de verbas da Prefeitura, pois não havia sido cadastrado oficialmente no Ministério da Saúde.

Dentro de seu escopo de atividade, eram oferecidos atendimentos individuais, consultas psiquiátricas, grupos terapêuticos, oficinas, reuniões de familiares, passeios, entre outros. No ano de 2012, o CAPS realizou 4.335 procedimentos no total, uma média de 394 participações de usuários ou familiares em qualquer uma das atividades desenvolvidas e oferecidas por mês.

Toda pessoa que chegava ao CAPS seja por encaminhamento médico, indicação de outros profissionais da rede de serviços da prefeitura ou por procura espontânea passava pelo processo do Acolhimento. Este se configurava como uma primeira conversa que visava identificar a queixa, o histórico de saúde da pessoa, sua rede social, suas atividades diárias e seu estado de saúde mental. No Acolhimento também já se propiciava um primeiro momento de uma escuta diferenciada, permitindo que houvesse uma criação de vínculo com o serviço. Qualquer profissional de nível superior que não estivesse realizando uma atividade programada com os usuários realizava o acolhimento. Para tanto, nos turnos de trabalho, procurava-se sempre deixar um profissional livre para a tarefa.

Aconteciam, todas as quintas-feiras pela manhã a reunião de equipe dos funcionários ficando o serviço aberto apenas para o Acolhimento – os usuários intensivos e semi-intensivos chegavam apenas depois das 13h ao serviço. Também havia um período todo início e final de expediente sem a presença dos usuários para organização das atividades, limpeza e as anotações em prontuários.

Com o surgimento do CAPS no município, em fevereiro de 2012, foi identificada a necessidade de uma ação junto aos outros equipamentos de cuidados à saúde que apresentavam diversas demandas relacionadas à saúde mental. Como o CAPS era um dispositivo novo, não havia clareza para os outros equipamentos de saúde quanto aos seus objetivos, a que público se destinava, quais suas ações, entre outros. Além disso, foi constatado que havia um número de encaminhamentos excessivos de casos ao Ambulatório de Saúde Mental do município, existente desde o ano de 1994, com demandas que não necessitavam de acompanhamentos de especialistas. Frente a tais questões, a equipe de profissionais do CAPS começou a articular um trabalho com os profissionais de Atenção Primária do município.

Antes do surgimento do CAPS, os profissionais de saúde mental do município já realizavam reuniões mensais com as Equipes de Saúde da Família acerca dos casos que eram encaminhados para o Ambulatório de Saúde Mental. Esse primeiro trabalho se iniciou em setembro de 2009 e se configurava apenas como um momento de discussão e troca de informações sobre os casos, já que todas as ações de saúde mental ficavam sob

responsabilidade apenas do Ambulatório. As reuniões eram mensais e cada ESF tinha dois profissionais da saúde mental para realizar os encontros e atender os casos daquela área. Era observado que as Equipes de Saúde da Família pouco ou praticamente não se responsabilizavam ante a demanda de saúde mental. Suas ações ficavam restritas ao acompanhamento medicamentoso que era realizado com o médico clínico geral da equipe.

No início de 2012 houve então uma reformulação no processo do Apoio Matricial do Município. Decidiu-se concentrar o trabalho de apoio matricial em apenas dois profissionais: uma psicóloga e um terapeuta-ocupacional, que eram responsáveis por coordenar todas as reuniões. Essas últimas aconteciam mensalmente com cada ESF do município em datas estipuladas previamente em um cronograma feito a cada semestre. Cada reunião tinha cerca de 1h a 2h de duração, nas quais eram discutidas casos de usuários pertencentes ao território abrangente, as questões epidemiológicas com demanda de saúde mental das famílias atendidas pelo programa e também era estimulado o desenvolvimento de grupos nos próprios serviços de acordo com as questões emergidas nas reuniões

É importante ressaltar que o processo de Apoio Matricial estava acontecendo informalmente, pois não havia protocolo para o desenvolvimento dessa atividade. Com o cadastro do CAPS junto ao Ministério de Saúde, o Apoio Matricial poderá ser considerado oficial já que constará como procedimento na saúde mental do município.

Até o início de 2013 foram realizados 426 acolhimentos no CAPS. A origem dos encaminhamentos pode ser observada na Tabela 1.

Tabela 1 - Origem dos encaminhamentos para o CAPS no ano de 2012

Origem	Indivíduo (n)	Porcentagem (%)
Médico Clínico	173	40
Espontânea	77	18
Pronto Socorro	59	13
ESFs*	51	11
Médico Psiquiatra (Ambulatório)	17	3
Outros**	49	11
TOTAL	426	100

*Inclui usuários encaminhados por outras profissões não-médicas **APAE, CRAS, CREAS, Centro de Reabilitação para Dependência Química, APAE, Ordem Judicial.

Fonte: Planilha de acolhimento do CAPS de Cordeirópolis, 2012.

O público alvo que necessitou de acolhimento no CAPS era em sua maioria do sexo feminino (277 sujeitos - 65%), tendo como faixa etária prevalente de 30 a 50 anos de idade (45%). A idade dos indivíduos acolhidos, assim como as queixas que foram apresentadas podem ser observadas na Tabela 2.

Tabela 2 - Idade e queixa apresentadas pelos indivíduos acolhidos no CAPS no ano de 2012.

Idade	Indivíduos (n)	Queixas*	Frequência
Até 19	28	Questões Familiares	101
20-29	79	Sintomas depressivos	91
30-39	98	Ansiedade	82
40-49	94	Outros	78
50-59	66	Dep. Etílica	66
60-69	35	Irritabilidade	63
70-79	16	Insônia	62
80-89	10	Questões Conjugais	61
Total	426	Alucinação	58
		Labilidade emocional	52
		Dep. Química	49
		Ideação Suicida	30
		Delírio	29
		Medo	24
		Perda de apetite	19
		Ideias Obsessivas	13
		Baixa autoestima	10
		Comportamento compulsivo	10
		Total	898

* Um indivíduo podia apresentar mais de uma queixa.

Fonte: Fichas de acolhimento do CAPS de Cordeirópolis, 2012.

Os direcionamentos a cada caso acolhido pode ser observado na tabela 3.

Tabela 3 - Direcionamentos dos casos acolhidos no CAPS no ano de 2012

Desfecho	Indivíduo (n)	Porcentagem (%)
Permaneceram no CAPS	103	24
Enc. Ambulatório Saúde Mental	264	61
Realizado orientação breve	54	12
Internações CAPS	6	1
Total	426	100

Fonte: Planilha de Acolhimentos do CAPS de Cordeirópolis, 2012.

Todos os usuários que permaneceram no CAPS apresentavam um diagnóstico psiquiátrico. Os principais diagnósticos são apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 - Levantamento do número de usuários cadastrados no CAPS de Cordeirópolis-SP, no ano de 2012, referenciados de acordo com diagnóstico CID-10.

CID - 10	No. de usuários	Porcentagem
F19 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas	20	21
F20 - Esquizofrenia	20	21
F33 - Transtorno depressivo recorrente	10	10
F32 - Episódios depressivos	6	5
F14 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína	5	5
F31 - Transtorno afetivo bipolar	3	3
F60 - Personalidade esquizoide	3	3
F41 - Outros transtornos ansiosos	2	2
F71 - Retardo mental moderado	2	2
F22 - Transtorno delirante	2	2
F40 - Transtornos fóbico-ansiosos	1	1
F43 - Reações ao "stress" grave e transtornos de adaptação	1	1
F44 - Transtornos dissociativos (de conversão)	1	1
F45 - Transtornos somatoformes	1	1
F92 - Distúrbio depressivo de conduta	1	1
G30 - Doença de Alzheimer	1	1
Total	106	100

Fonte: Planilhas de dados e prontuários de usuários do CAPS Cordeirópolis, 2012.

4.1.3 Pronto-Socorro (Hospital e Maternidade de Cordeirópolis)

Tanto no CAPS, quanto no ASM, não havia estrutura para o atendimento de urgências, como por exemplo, crises psiquiátricas. Dessa forma, os casos eram encaminhados para o Pronto-Socorro. O Pronto-Socorro faz parte do Hospital e Maternidade de Cordeirópolis que se constitui como autarquia municipal. Foi criado em 24 de novembro de 1989 através da Lei no. 1569. O serviço tinha como objetivo prestar serviços na área hospital, médico-ambulatorial e odontológica (PREFEITURA MUNICIPAL DE CORDEIRÓPOLIS, 2014).

Entre suas atividades estavam: plantão 24 horas de clínica médica, atendimento de urgência e emergência, atendimento ambulatorial de ortopedia, procedimentos de enfermagem, serviços de radiologia, exames laboratoriais de urgência e serviço de transporte em UTI móvel para casos de maior complexidade.

Por ser um serviço de atendimentos a emergência e urgência, funcionava 24 horas durante todos os dias da semana.

Como Pronto-Socorro, atendia demanda espontânea de pacientes ou aqueles trazidos por serviços como Ambulância ou Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Era realizado um atendimento prévio pela equipe de enfermagem a todos os pacientes que chegavam, a qual avaliava as principais queixas e sinais vitais. Após esse procedimento, o paciente era analisado por um médico clínico que decidia a conduta do caso. Quando se identificava uma demanda de saúde mental, o principal procedimento adotado era a medicação para controle dos sintomas e acionamento das assistentes sociais e psicóloga do hospital.

Destaca-se que, segundo relato dos participantes da pesquisa, havia médicos clínicos do pronto-socorro que buscavam orientação e discutiam os procedimentos adotados diante de uma demanda de saúde mental, principalmente em relação à internação em hospital psiquiátrico, com os psiquiatras do município (do Ambulatório de Saúde Mental ou do CAPS).

Caso um usuário em crise não conseguisse ser estabilizado no HMC, esse era encaminhado para internação psiquiátrica na Casa de Saúde Bezerra de Meneses, que é serviço de referência para o município, situado na cidade vizinha de Rio Claro, já que não havia leitos psiquiátricos no HMC de Cordeirópolis e no hospital geral da cidade de Limeira.

O Pronto-Socorro, no ano de 2012, encaminhou 28 pacientes para internação no hospital psiquiátrico de referência. O total de internações no hospital psiquiátrico de

referência de janeiro a novembro de 2012 devido aos transtornos mentais e comportamentais foi de 34, conforme tabela 5.

Tabela 5 - Número de internações por transtornos mentais e comportamentais de fevereiro a novembro de 2012, do município de Cordeirópolis.

Meses	No. de Internações
Janeiro	1
Fevereiro	6
Março	2
Abril	1
Maiο	4
Junho	4
Julho	1
Agosto	5
Setembro	0
Outubro	6
Novembro	4
TOTAL	34*

Fonte: DATASUS, 2013.

4.2 A percepção dos profissionais sobre os conceitos de saúde e saúde mental

As unidades de significado mais proeminente se remetiam aos construtos “bem-estar”, “saúde mental” e “sintoma”.

Em relação às categorias, identificaram-se duas: 1) “saúde” e “saúde mental” como conceitos equivalentes; 2) “saúde” e “saúde mental” como conceitos distintos (figura 3).

Figura 3 - Estruturação das categorias e síntese dos principais resultados em relação aos conceitos de saúde e saúde mental.

Na categoria um, foram agrupadas as frases cujos argumentos não fazem diferenciação entre o que é saúde e o que é saúde mental, conforme ilustrado a seguir.

Resultados	Trecho de Falas
Saúde e Saúde Mental são conceitos equivalentes	A saúde é tudo que engloba o bem-estar físico e mental da pessoa. Saúde mental engloba tudo, a saúde em geral, bem-estar físico, felicidade e alimentação (Assistente Social, CAPS)
	É a pessoa estar em equilíbrio, engloba tudo. Saúde mental não é uma coisa e saúde outra. É o bem-estar físico, mental, é a pessoa ter uma condição de vida boa, que ela consiga trabalhar, ter filhos, ter uma vida normal. Engloba saúde no todo, não há saúde sem saúde mental (Psiquiatra, CAPS).

Quadro 5 – Trechos de falas referentes a saúde e saúde mental como conceitos equivalentes

Na categoria dois, foram incluídos os resultados que corroboram para o entendimento do termo “saúde” como diferente do termo “saúde mental”.

Resultados	Trecho de Falas
Saúde e Saúde Mental são conceitos distintos	(Saúde) É o bem-estar do ser humano. Ter uma boa condição financeira, de moradia, de saúde física, saúde mental, isso é saúde. [...]. (Saúde mental) É quando você está bem psiquicamente, psicologicamente, mentalmente. Quando você está estabilizado (Enfermeira, CAPS). (Saúde) Um conjunto de bem-estar físico, mental, financeiro, emocional. (Saúde mental) Bem-estar mental (Técnica de Enfermagem, CAPS).

Quadro 6 – Trecho de falas referentes a saúde e saúde mental como conceitos distintos

Conforme representado na Figura 3, destacaram-se dois elementos principais na segunda categoria. O primeiro diz respeito à presença dos sintomas psiquiátricos e/ou manifestação da doença como marcador de boa ou má saúde mental, o segundo consiste na relativização do conceito de saúde mental a partir de determinantes culturais e dos recursos do paciente. As falas abaixo ilustram os resultados que corroboram os dois elementos da categoria 2.

Resultados	Trecho de Falas
Manifestação da doença	Fiz a avaliação da G. e durante a anamnese ficou nítido que era um problema de saúde mental. Ela estava muito confusa, delirante, com delírios místicos exagerados (Enfermeira, CAPS). A usuária apresentava um comportamento fora do normal. Quando ela chegou já percebemos que ela não estava dentro do estado emocional normal dela. Ela estava com delírio alucinante de misticismo. Ela queria demolir uma casa para fazer outra, completamente fora da realidade. Dizia que não precisava tomar remédio para ficar bem. E falava muito eufórica (Técnica de Enfermagem, CAPS).
Relativização do conceito de saúde mental	Eu penso que isso é muito relativo, a definição remete-nos aos padrões de normalidade da sociedade em geral. Isso tem a ver com os valores e a educação que cada um recebeu. [...] Por exemplo, uma pessoa com queixas emocionais que causem prejuízos no trabalho, nas relações familiares e no convívio social (Psicóloga, CAPS). (Saúde) Não é só ausência de doenças, mas é você estar bem em todos os aspectos, físico, emocional, ter lazer e moradia. Saúde mental é conseguir, apesar das adversidades, harmonizar os desejos e dificuldades, ter esperança no futuro. Entender que não se pode ter tudo o que se quer, nem ser tudo para todo mundo. E quando não estiver bem procurar ajuda (Terapeuta Ocupacional, CAPS).

Quadro 7 – Trechos de falas referentes a concepção de saúde e saúde mental como manifestação da doença/relativização do conceito de saúde mental

Dessa forma, têm-se saúde e saúde mental ora descritas como conceitos equivalentes, ora como distintos. Nessa segunda forma de compreensão destaca-se a definição a partir da

manifestação da doença, principalmente através dos sintomas e do entendimento dos conceitos como socialmente construídos ou ainda, ligados à capacidade de enfrentamento do sujeito.

4.3 O manejo das demandas de saúde mental na rede de saúde e seus desafios

O fluxo de atendimento na rede está descrito na Figura 4. Todos os serviços de saúde ou dispositivos de proteção social que recebiam alguma demanda de saúde mental preenchiam a “Ficha de Triagem” (ANEXO B) e encaminhavam o paciente para o CAPS. Nesta ficha constam os principais sintomas psíquicos ou comportamentais apresentados pelo paciente e preenchida pelo profissional que solicitava o acolhimento. O CAPS, então, realizava uma triagem, os casos de “gravidade leve” (por exemplo, situação de sofrimento emocional, sem um diagnóstico instalado) eram encaminhados ao Ambulatório de Saúde Mental ou devolvidos para acompanhamento pelas Equipes de Saúde da Família do território. Os de “gravidade moderada” (transtornos mentais já diagnosticados sem sintomas psicóticos) podiam ser encaminhados para acompanhamento no Ambulatório de Saúde Mental ou ainda, realizarem alguma atividade específica no CAPS. Já os casos que eram identificados como “graves” ou “crônicos” (transtornos mentais com sintomas psicóticos) ficavam para acompanhamento no CAPS. Os pacientes em crise, com risco de auto ou heteroagressão, eram encaminhados para internação hospitalar na cidade vizinha, já que não havia leitos em hospitais gerais disponíveis.

De acordo com os documentos analisados na pesquisa, é previsto que cada acolhimento seja discutido na reunião de equipe para que, através de uma visão multidisciplinar, seja decidida a melhor conduta para os casos.

Vale ressaltar que, quando identificado, a pessoa acolhida está vulnerável a algum “risco social” (violência doméstica, precárias condições de vida, situação de abandono, por exemplo), ela pode ser encaminhada para o CRAS. Caso este risco já esteja instalado, ou seja, o indivíduo está com seus direitos humanos violados, é encaminhado ao CREAS, no qual a pessoa recebe as devidas orientações e ajuda para solucionar suas demandas.

ESF - Estratégias de Saúde da Família; PS – Pronto Socorro; CRAS – Centro Referência Assistência Social; CREAS – Centro Referência Especializado de Assistência Social.

Figura 4: Fluxograma de atendimento em saúde mental do município, Cordeirópolis – 2013;

No Quadro 8, explicitam-se os atributos utilizados, os aspectos essenciais considerados na análise e a síntese dos resultados.

Manejo das demandas de saúde mental		
Síntese dos Resultados	Aspectos Analisados	Atributos da AP
Acolhimento Avaliação Diagnóstico Ter Feito Acompanhamento Prévio	Identificação da Demanda	1. Integralidade
Atendimento Médico Tratamento Medicamentoso Escuta Cuidar do sintoma Interação Terapêutica Acolhimento Estímulo à adesão Dificuldade de manejo Criação de Vínculo Especificidade de Manejo	Oferta de cuidados	
Escuta à família Orientação à família	Atenção à família	
Encaminhamento para CAPS ou ASM Encaminhamento para Profissional Psi Internação	Articulação com serviços especializados	
Não-compartilhado	Encaminhamento corresponsável	
Gravidade Diagnóstico Psiquiátrico Necessidade de atendimento especializado Sinais de Sofrimento Psíquico Problemas cognitivos Alteração Comportamento Prejuízos Sociais	Critérios de Encaminhamento	2. Coordenação
Falta de comunicação entre profissionais de saúde Apoio Matricial como ferramenta para comunicação Contato entre profissionais para fluxo de informação Papel, carta		
CAPS - Porta "aberta" ESF - Porta de entrada PS - Porta de entrada Fila de espera / não-atendimento	Garantia de acesso	3. Responsabilidade
Apoio Social Centro Convivência Idoso APAE Escolas - cça/adolescentes Falta de Dispositivos - além de saúde - para o cuidado	Intersetorialidade	
(Sem dados)	Participação Comunitária	

Quadro 8: Esquema de códigos para categorização dos dados referentes ao manejo das demandas de saúde mental no município de Cordeirópolis.

Conforme pode ser observado no Quadro 9, os profissionais apontam que para identificarem a demanda de saúde mental são realizadas avaliações que incluem: queixa, histórico, rede de apoio social, fragilidades, ferramentas psíquicas de enfrentamento e a duração ou intensidade dos sintomas psíquicos apresentados. Os participantes também referem identificar as demandas de saúde mental quando já há algum diagnóstico ou um conjunto de sintomas psíquicos que permitam a detecção deste.

Outra forma apontada para constatar uma demanda de saúde mental é quando se consegue identificar que os sintomas físicos apresentados pelos pacientes não apresentam causa orgânica, mas decorrentes de algum tipo de sofrimento psíquico ou estresse.

Aspectos Analisados	Trecho de Falas
Identificação da Demanda	<p>Eu faço uma entrevista assim mais aberta e pergunto qual é a queixa da pessoa, pelo que ela acha que foi encaminhada, por qual motivo ela procurou o serviço de saúde mental. Daí, dependendo da resposta, eu vejo qual que é a demanda dela. [...]. Através de questionamentos, vejo o vínculo social, a história de vida, como ela reage às situações, a estrutura familiar, fragilidades, pontos positivos que ela tem para lidar com as situações, a resiliência, se é um momento mais difícil que ela está passando ou se é algo mais duradouro. (Psicólogo, ASM)</p> <p>Se ela está muito ansiosa, ou muito deprimida. Ou esses casos mais sérios de psicose que a pessoa já está fora da realidade, já não vê a realidade como a maioria das pessoas vê. (Terapeuta Ocupacional, CAPS)</p> <p>O fato de um paciente, por exemplo, às vezes, referir que não consegue conciliar o sono, possivelmente ele tem mais do que um problema físico, tem um problema emocional. (Médico Clínico 1, ESF)</p> <p><u>Desafio: identificação dos casos de saúde mental</u></p> <p>Para mim fica claro o que é um caso de um paciente psiquiátrico ou um caso de saúde mental, mas, na rede, não está claro. Não é só o paciente que está em surto que é um caso para saúde mental. (Psicóloga, PS)</p>

Quadro 9 – Trecho de Falas referentes a identificação da demanda de saúde mental

Conforme observado no Quadro 10, Os participantes da pesquisa apontaram como oferta de cuidado para atendimento das demandas de saúde mental o atendimento médico, o tratamento medicamentoso e o cuidado ao sintoma. Também referiram a escuta, a interação terapêutica, criação de vínculo e o processo de acolhimento. Os cuidados também incluem acompanhamento psicológico e o estímulo pelo profissional de saúde à adesão e continuidade

do tratamento ao paciente. Por fim, declarou-se a necessidade de um manejo diferenciado e específico ao usuário de saúde mental.

Aspectos Analisados	Trecho de Falas
Oferta de cuidados para atendimento das demandas	Eu sempre encaminho para o clínico poder ouvir também e ver se tudo que eu ouvi está fazendo parte daquilo que foi dito do paciente. (Enfermeira, ESF)
	A maioria não adere ao tratamento. E mesmo quando adere ao tratamento, vai chegar o momento que ela virá [para o PS]. Daí, a gente continua tratando o sintoma, porque a causa está sendo tratada. (Enfermeira, PS)
	Tentamos acolher [os pacientes] porque, muitas vezes, eles teriam uma resolutividade sem nenhuma influência de medicação, ou até, nem intervenção do médico. O que o paciente precisa é expor os problemas, alguém que preste ouvidos para ele mesmo ver que, através dessas conversas, pode encaminhar uma solução para o problema. (Médico Clínico 1, ESF)
	Depende do grau dessa doença, ela vai ter uma assistência psicológica e, se necessário, uma assistência farmacológica também. (Psiquiatra, CAPS)
	Mas você tem que lidar igualzinho como você lida com os outros pacientes, com uma especificidade para ele. Vai demandar um tempo maior explicar alguma coisa. Se for o caso podemos colocá-lo na frente da fila para consulta. [...] Tem um paciente que faz acompanhamento na saúde mental aqui. Ele toma remédio muito forte, então tem que acompanhá-lo de perto, porque ele esquece muita coisa. [...] Tem que orientá-lo, avisar a enfermagem que é um paciente com problema mental. (Recepcionista, ESF)
	<u><i>Desafio: Dificuldade de manejo por conta da especificidade e complexidade dos casos</i></u> Eu não tenho esse manejo de trabalhar com paciente psiquiátrico, até mesmo porque eu não sou da especialidade. É uma especialidade difícil de você trabalhar, é muito complexa. Geralmente, já tomam um monte de medicações. Então, acho que a gente dá o primeiro atendimento aqui, consegue triar o que é paciente grave e qual consegue se virar com segurança e só voltar para retorno, para reavaliação mesmo com psiquiatra. (Médica Clínica, PS)

Quadro 10 – Trecho de falar referentes a oferta de cuidado à saúde mental

Quanto à atenção à família, conforme consta no Quadro 11, os participantes pontuam que, diante de uma demanda de saúde mental, é resgatado com os familiares o histórico do paciente, quais questões da família podem estar interferindo na saúde mental deste. Além disso, os profissionais dão orientações à família de onde buscar serviços especializados para o cuidado à saúde mental. Nenhuma atividade específica direcionada ao cuidado da família do usuário de saúde mental foi mencionada pelos participantes da pesquisa.

Aspectos Analisados	Trecho de Falas
Atenção à família	Por exemplo, teve um caso de um rapaz que tentou suicídio e a gente conversou com a mãe, perguntei o que ela estava sabendo, o que estava acontecendo naquela família, se ele estava com depressão. (Psicóloga, PS)
	A gente pode orientar a família, depois que o médico libera, a tentar procurar o CAPS para agendar uma consulta. Pelo menos o enfermeiro, no caso, ele consegue orientar o paciente ou a família. (Técnico de Enfermagem, PS)

Quadro 11 – Trecho de falas referentes a atenção à família do usuário de saúde mental ou sujeito em sofrimento psíquico

No tocante ao elemento “Articulação com serviços especializados”, como ilustrado no quadro 12, os participantes referiram como parceiros o CAPS, Ambulatório, o médico clínico da ESF e o Hospital Psiquiátrico da cidade vizinha, e esta articulação foi referida nos moldes de encaminhamento.

Aspectos Analisados	Trecho de Falas
Articulação com serviços especializados	Primeiramente, dependendo do caso, pode ser encaminhado para o CAPS, para o psiquiatra, ou para um psicólogo. (Médica Clínica 2, ESF)
	Passa pelo médico psiquiatra do CAPS para ele decidir se necessita ou não de internação. (Técnico de Enfermagem, PS)
	Se está sem psiquiatra, vamos pedir para o clínico no PSF avaliar e ver se é possível entrar com uma medicação (Assistente Social, PS)
	<u><i>Desafio: Dificuldades de articulação na rede – Centralização CAPS</i></u> Ficou muito centralizado no CAPS. [...] Mesmo que eu já tenha avaliado aqui, visto que não é caso para CAPS, mesmo assim tenho que mandar para o CAPS, para o CAPS fazer outra triagem e acabar identificando as mesmas coisas que já identifiquei. (Psicóloga, PS)

Quadro 12 – Trechos de falas referentes a articulação com serviços especializados de saúde mental.

Os profissionais apontam o apoio matricial como uma ferramenta para estimular o cuidado compartilhado entre as equipes, conforme pode ser observado no Quadro 13. Os profissionais não apontam que haja encaminhamento corresponsável, e sim referem que há uma ausência de responsabilização principalmente quando o caso é encaminhado a outro serviço.

Aspectos Analisados	Trecho de Falas
Encaminhamento corresponsável	<p>Antes de fechar a unidade para reforma, nós trabalhamos várias sessões [de apoio matricial]. A gente se reunia, uma vez por mês, para discutir os problemas de saúde com algumas queixas, casos específicos, debatia-se a preocupação e a necessidade de oferecer um suporte adequado. Desde coisas simples como tratar os dependentes de Diazepan. Já discutimos tabagismo e que opções tínhamos de criar um grupo para tratar e cuidar do tabagismo. O trabalho matricial é imprescindível. [...] Para nós, obviamente, é ótimo ver a equipe trabalhar, porque você sabe que tem com quem contar ou para onde mandar esse paciente. É ótimo para nós e para o paciente, principalmente. Há muitos pacientes que já foram acolhidos, avaliados pelo CAPS. E houve uma boa resolutividade da maioria dos problemas. (Médico Clínico 1, ESF)</p> <p><u>Desafio: ausência de responsabilização por casos de saúde mental, falta de conhecimento e/ou estímulo para o cuidado à saúde mental</u></p> <p>Eu identifico que aqui, no hospital, a saúde mental na rede não é olhada. [...] Até percebo que, muitas vezes, PSF e Hospital, irritam-se quando chega um. Tem aquela, já ouviu falar, da ‘empurroterapia’?: “Esse paciente não é meu”. Isso eu vejo principalmente em saúde mental. Eu acho que a gente sofre muito aqui. [...] Não entendem que esse paciente é meu, é seu, mas também é daquele PSF. (Psicóloga, PS)</p> <p>A gente encontrou muita resistência das equipes com que eram trabalhadas, talvez por falta de um entendimento. Não sei se eu estou exagerando, mas às vezes por falta de vontade. Eu acredito que se houvesse engajamento seria muito proveitoso para todo mundo e haveria mais ganhos para a população. (Psicóloga, CAPS)</p>

Quadro 13 – Trechos de falas referentes a encaminhamento corresponsável

Os aspectos analisados que dizem respeito à forma de coordenação do cuidado à saúde mental (Figura 1) foram: quais os critérios de encaminhamento para serviço especializado e como está o fluxo de informações.

Os profissionais de saúde relatam que encaminham, para serviços especializados de cuidado à saúde mental, pacientes que apresentam diagnóstico de transtornos psiquiátricos como dependência de álcool ou outras drogas, transtornos de ansiedade ou humor. Quando não há diagnóstico específico, são encaminhados pacientes que apresentem sinais de sofrimento psíquico como tristeza profunda, ansiedade, delírios, alucinações e ideação suicida.

Também foi apontada como determinante de encaminhamento a gravidade dos sintomas psíquicos apresentados. Uma participante coloca que casos “moderados” e “graves” são de responsabilidade de serviços especializados, conforme pode ser observado no Quadro 14.

Aspectos Analisados	Trecho de Falas
Critérios de Encaminhamento	Se o paciente está com ansiedade, com depressão, alcoolismo, vício com drogas, nicotina. Isso daí seria o critério de avaliação para encaminhar para a saúde mental. (Recepcionista, ESF)
	Geralmente, são casos de tristeza profunda, que a gente sabe que já ultrapassou um luto. [...]. Casos de, de pessoas que dizem falar com outras pessoas, escutam vozes, têm visões, sonhos errôneos, insônia. (Enfermeira, ESF)
	Se falar que quer se matar. É sempre a queixa da pessoa. [...]. Ao meu ver, o paciente nunca vai ter uma alteração clínica, alteração de sinais vitais, doença. Talvez tenha associada. (Enfermeira, PS)
	Depende do grau dessa doença, ela vai ter uma assistência psicológica e, se necessário, uma assistência farmacológica também. [...] Aqui [CAPS] é especializado. Os casos moderados e graves ficam aqui. (Psiquiatra, CAPS)
	<u>Desafio: dificuldade de identificação de casos psiquiátricos e para onde deve ser encaminhado</u> Existe a dificuldade de identificar quando o paciente é psiquiátrico e para que serviço ele deve ir. [...] (Psicóloga, PS)

Quadro 14 – Trecho de falas referentes aos critérios de encaminhamento para serviços especializados de saúde mental

As reuniões de apoio matricial são apontadas como uma forma de melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde, principalmente para levantar informações de usuário de saúde mental em tratamento. Outra forma de comunicação acontece através de formulários ou cartas trocadas entre os profissionais de saúde sobre os pacientes, como pode ser observado no Quadro 15.

Aspectos Analisados	Trecho de Falas
Fluxo de informação	<p>Então fazia essa troca de informações para também ter um respaldo do tratamento como está sendo com o paciente dentro da clínica. Porque a gente sabe aquilo que o paciente fala na visita. E tendo o apoio matricial já tem o retorno também do profissional para saber se está falando a mesma língua. Às vezes, muitas vezes, o paciente desiste e fala que recebeu alta [do CAPS], que está tudo bem, mas a gente não sabe, não tem um parecer. Acho que é bem importante nesse caso esse retorno. (Agente Comunitário de Saúde 1, ESF)</p> <p>Para buscar o apoio do psiquiatra é através do serviço social. Eles que fazem o encaminhamento para eu mandar o paciente. Sempre a gente escreve numa cartinha, como o paciente chegou ao pronto-socorro, apresentando o quê. E aí com essa cartinha nossa e o serviço social junto, eles encaminham para o CAPS. É assim que funciona aqui. (Médica Clínica, PS)</p> <p><i><u>Desafio: Dificuldade de comunicação entre os profissionais de saúde</u></i> Isso exigiria uma reunião pelo menos mensal, para a gente discutir os casos das pessoas que estão fazendo o apoio matricial, que também estão no ambulatório de saúde mental. Mas isso não existe, então falta comunicação nesta parte. Falta comunicação também porque a demanda no ambulatório de saúde mental é muito grande, como há muita cobrança por atendimento, o horário de reunião virou de atendimento. (Psicólogo, ASM)</p>

Quadro 15 – Trecho de falas referentes ao fluxo de informações sobre usuários e pacientes de saúde mental

Como aspectos de Responsabilidade (Figura X: atributo 3) foram analisadas a garantia de acesso aos cuidados de saúde mental, a intersetorialidade e se há participação comunitária nos cuidados e na participação.

Os participantes relataram que o CAPS, o Pronto-Socorro e as Equipes de Saúde da Família são as portas de entrada para os casos de saúde mental e que atendem livre demanda, ou seja, qualquer pessoa pode procurar os serviços, sem necessidade de encaminhamento prévio, conforme Quadro 16.

Aspectos Analisados	Trecho de Falas
Garantia de acesso	<p>Aqui, agora, a gente tem no município o CAPS que é a primeira porta de entrada. [...] O CAPS é livre demanda, é porta aberta, a hora que você sentir vontade, que quer se tratar pode estar procurando que vai ter um profissional para atender-lhe e fazer a triagem (Assistente Social, PS)</p> <p>[...] no meu caso, agente de saúde é a porta de entrada, é o primeiro ali que ele encontra, entendeu? (Agente Comunitário de Saúde 2, ESF)</p> <p>Eu entendo que, como ele entrou no pronto-socorro, foi a porta, depois ele tem que ir para o CAPS. (Enfermeira, PS)</p> <p><u>Desafio: Fila de espera / não-atendimento ou demora para início do atendimento</u> A mãe falou para mim que ela está aguardando até hoje para ser chamada na lista de espera. Eu falei para ela ir lá, obter informação. Ela disse que já tinha ido e uma moça disse que tem uma lista de espera. Isso já faz dois anos. (Assistente Social, PS) Devido a demanda, a procura é muita. Todo mundo quer estar bem. A pessoa, hoje, parece que não está muito preparada para o enfrentamento das coisas. (Agente Comunitário de Saúde 2, ESF)</p>

Quadro 16 – Trecho de falas referentes a garantia de acesso ao cuidado à saúde mental

Os participantes da pesquisa apontaram dispositivos de proteção social como CREAS, CRAS e programas sociais como Geração de Renda, como parceiros nas atividades e cuidados de saúde mental. Além disso, para o público idoso, relatam a presença de um Centro de Convivência voltado especificamente para esta faixa etária, conforme ilustra o Quadro 17.

Também apontaram instituições de ensino como escolas e a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) como parceiros de cuidado à saúde mental.

Aspectos Analisados	Trecho de Falas
Intersetorialidade	<p>Eu acho que tudo deveria auxiliar, porque a gente trabalha o que da área da assistência social passa por aqui: família, paciente. Ela vai passar no CREAS, no CRAS, na promoção social, na igreja, na ACESAC, em todas as redes assistenciais do município. (Assistente Social, CAPS)</p>
	<p>Eu acho que aqui é bem procurado na parte dos idosos, o Centro de Convivência do Idoso tem várias atividades que entretêm. Eles trabalham em grupo, isso ajuda bastante. O idoso geralmente fica um pouco mais depressivo por vários fatores. (Agente Comunitário de Saúde 1, ESF)</p>
	<p>A gente contata a escola quando é criança ou adolescente, já que têm os psicólogos da escola e é uma coisa assim de profissional para profissional, não é uma coisa de chefia para chefia. Falo direto com o psicólogo da escola. (Psicólogo, ASM)</p>
	<p><u><i>Desafio: falta de dispositivos de lazer para população, principalmente jovens</i></u> Faltam alternativas de lazer para a população. A cidade é muito pequena e não tem um cantinho de lazer. Eu pelo menos não conheço e as pessoas que eu atendo falam que não tem. Não tem parque, teatro, cinema na cidade. E os jovens ficam muitos deprimidos porque não têm o que fazer e a única diversão deles é beber ou usar drogas, que é recreativo, mas não deveria ser a única alternativa. [...] Faltam mais atividades culturais. (Psicólogo, ASM)</p>

Quadro 17 – Trechos de falas referentes a intersetorialidade em saúde mental

Sobre participação comunitária não foi identificado nenhum dado referente a esse aspecto na análise dos dados das entrevistas.

5 DISCUSSÃO

5.1 Composição Rede

Em relação à rede estudada identificaram-se alguns aspectos importantes que qualificam a atenção prestada por eles e reforçam a concepção ampliada de saúde que o subsidia, por exemplo, atendimento às demandas espontâneas, lógica de “portas abertas” – na maioria dos serviços, fluxo de atendimento bem estruturado, articulação do CAPS com os demais serviços sociais e de saúde, equipes com número e diversificação considerável de profissionais, oferecimento de atividades com foco na saúde, cultura, lazer e trabalho por parte do CAPS e efetivação do “apoio matricial”.

Estes aspectos, além de serem previamente apontados pela Organização Mundial da Saúde como componentes-chaves para um sistema de saúde mental de base comunitária (JACOB et al., 2007), também foram enfatizados pela Portaria nº 3.088/2011 do Ministério da Saúde Brasileiro, que reforçaram a necessidade de fortalecer a rede de serviços comunitários em Saúde Mental no Brasil para ampliar o acesso às pessoas que necessitam de tratamento (BRASIL, 2011a).

Apesar disso, alguns aspectos apontados pela Portaria 3.088/2011 como essenciais para otimização da rede, a saber: existência de Unidades de Acolhimento para a Atenção Residencial de Caráter transitório e Serviços Residenciais Terapêuticos para egressos de longas internações não foram identificados no município estudado, possivelmente pelo número reduzido de habitantes e pela recente implantação do CAPS que é o principal responsável pela articulação para criação dos referidos serviços.

Além da uma rede de saúde bem estruturada, é aspecto central para o cuidado em saúde mental uma apropriada composição e disponibilidade de recursos humanos (JACOB et al., 2007; MENDENHALL et al., 2014; NICAISE; DUBOIS; LORANT, 2014; OMER; PRIEBE; GIACCO, 2014; SAPAG; RUSH; BARNESLEY, 2014; XAVIER et al., 2013).

Na abordagem da atenção primária, Starfield (2002) também pontua a necessidade de profissionais com formações adequadas. Destaca o papel do médico de família ou generalista em lidar com questões mais amplas, isto é, além de diagnósticos específicos, no entanto afirma que estes profissionais devem atuar em conjunto com uma equipe de outros profissionais a fim de que as necessidades do indivíduo ou população sejam contempladas o mais integralmente possível (STARFIELD, 2002). Portanto, a presença de uma *equipe*

multidisciplinar para o cuidado à saúde mental ou saúde em geral é determinante para a qualidade da atenção.

Vale ressaltar, em relação às equipes dos serviços estudados, que além da boa composição interdisciplinar, todos os profissionais são funcionários públicos com estabilidade, diminuindo a rotatividade de profissionais e propiciando maior vínculo com as pessoas assistidas. Além disso, o CAPS do município conta com cinco profissionais de nível superior, além da médica psiquiatra e enfermeira, o que excede o recomendado pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002).

Em relação à composição da atenção primária do município é destaque que todas as unidades primárias de atendimento tenham implantado a Estratégia de Saúde da Família, que deve ser a forma de organização principal no novo modelo assistencial à saúde brasileira (RIBEIRO; CACCIA-BAVA; GUANAES-LORENZI, 2013). As ESFs do município, como preconizado na Portaria no. 2.488 GM/2011, também apresentam orientação comunitária em suas ações, oferecendo uma ampla oferta de atendimentos visando a promoção da saúde e prevenção de doenças, corroborando a lógica da atenção primária descrita por Starfield (2002).

A rede de saúde de município, conforme apresentado nos resultados, também conta com Pronto-Socorro que atende às demandas de saúde mental. Vários autores têm discutido a alta utilização dos serviços de urgências e emergências pelos pacientes com transtornos mentais. Alguns atribuem essa alta utilização à redução de leitos psiquiátricos e/ou a pouca resolutividade dos serviços extra-hospitalares (SOUSA; SILVA; OLIVEIRA, 2010). Apesar dos serviços de urgência e emergência também serem considerados pontos de atenção de grande importância para a entrada dos usuários nos sistemas de saúde, alguns estudos apontam que o tempo de espera nestas unidades é muito alto e que há o risco de não serem identificadas as comorbidades e outros tipos de demandas não-psiquiátricas (BOST; CRILLY; WALLEN, 2014; MORPHET et al., 2012).

Assim sendo, algumas recomendações são apontadas para o atendimento das urgências e emergências psiquiátricas, a saber, uso de instrumentos específicos de triagem, preferência de atendimento e leitos privativos, silenciosos e com pouca estimulação. Recomenda-se ainda que componha a equipe uma enfermeira psiquiátrica e médicos clínicos treinados para manejo de transtornos mentais. Na impossibilidade dessa organização, pode haver consultoria e supervisão de profissionais da área de saúde mental, como psiquiatras (BOST; CRILLY; WALLEN, 2014; MORPHET et al., 2012).

Dessa forma, tais aspectos devem ser considerados como pontos centrais para a melhoria da rede de saúde mental estudada, pois a única conduta que os participantes da pesquisa referiram neste sentido foi a busca por instrução de médicos psiquiatras em casos que se verifica necessidade de internação psiquiátrica.

Além disso, o município não conta com leitos psiquiátricos em hospital geral, como preconizado pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira (BRASIL, 2011; RIBEIRO; INGLEZ-DIAS, 2011). A existência de tais leitos evitaria o encaminhamento dos pacientes que necessitassem de internação de curta permanência ao hospital psiquiátrico de outro município, evitando a quebra do vínculo com a cidade de residência, bem como reduzindo o estigma de uma internação em hospital psiquiátrico.

Outro serviço oferecido no município para atendimentos das pessoas em sofrimento psíquico é o Ambulatório de Saúde Mental. Até a abertura do CAPS I, no início de 2012, o serviço era a única referência para acompanhamento das demandas de saúde mental, realizando todos os procedimentos indicados: consultas psiquiátricas, visitas de monitoramento, tratamento medicamentoso, psicoterapias, entre outros.

Com a abertura do CAPS, o ASM passou a ser responsável por “casos leves” e “moderados”, mas continua oferecendo os mesmos procedimentos anteriores. Também há mudança em relação ao acesso – antes os encaminhamentos partiam de todos os serviços sociais e de saúde, depois apenas do CAPS.

A presença de um serviço ambulatorial com serviços clínicos como atendimentos individuais, consultas psiquiátricas, acompanhamento medicamentoso, parece estar na contramão do modelo recomendado para o cuidado à saúde mental por órgãos de saúde internacionais e pelas orientações para a reforma dos sistemas de saúde mental (HOCK et al., 2012; JACOB et al., 2007; NICAISE; DUBOIS; LORANT, 2014). Entende-se que o atendimento em serviços especializados tende a ser mais fragmentado tanto em termos de articulação com a rede quanto na abordagem integral das necessidades do sujeito. Em geral, tais serviços não são orientados pela demanda, isto é, oferecem vagas limitadas de acordo com a disponibilidade dos profissionais e não necessariamente de acordo com a necessidade dos usuários (HOCK et al., 2012; JACOB et al., 2007; NICAISE; DUBOIS; LORANT, 2014).

Os ambulatórios de saúde mental demandam alto investimento de recursos devido ao seu caráter especializado. No ambulatório estudado, há um número considerável de profissionais cujas potencialidades poderiam ser mais bem utilizadas em atuações psicossociais em outros equipamentos de saúde.

Os Ambulatórios são regulados por uma Portaria anterior à Lei da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 1992) e embora ainda haja um grande número desses no país – 862 – o serviço vem recebendo críticas, pois em geral, é médico-centrado, tem um processo de trabalho organizado pela lógica de consultas e tem sido associado ao aumento do consumo de psicotrópicos, isto é, não é efetivo para contribuir com a desinstitucionalização do cuidado de saúde mental (COSTA-ROSA; YASUI, 2008; SEVERO; DIMENSTEIN, 2011).

Na RAPS, a recomendação relacionada à atenção ambulatorial é que ela seja realizada em hospitais gerais que também devem estar articulados com outros serviços da rede, visando um melhor aproveitamento dos recursos (BRASIL, 2011). Também se criticam os Ambulatórios de Saúde Mental por sua desarticulação com outros serviços, a alta lista de espera de pacientes e por acabar constituindo-se como um serviço complementar ao hospital psiquiátrico e não substitutivo (COSTA-ROSA; YASUI, 2008; SEVERO; DIMENSTEIN, 2011).

Segundo os dados coletados, o Ambulatório de Saúde Mental realiza atendimento de casos “moderados e leves”, isto é, demandas que poderiam ser assumidas pelos profissionais da atenção primária desde que estes tivessem uma boa retaguarda de profissionais especializados. Além disso, entende-se que a forma de organização deste ambulatório acaba por contrariar a lógica de cuidado comunitário ao deslocar o usuário para atendimento especializado fora do seu território.

Omer, Priebe e Giacco (2014) realizaram uma pesquisa para comparar a modalidade de cuidado dos ambulatórios aos sistemas contínuos de cuidado à saúde mental adulta e foi indicado que em sistemas continuados há menor número de hospitalizações, menor tempo de internação, com melhora dos sintomas, maior tempo de contato dos usuários com os serviços, melhor adesão a medicamentos e melhor custo-efetividade. Os sistemas especializados apresentaram resultados positivos para diminuição de incidentes violentos e autoagressão com maior possibilidade de observação (OMER; PRIEBE; GIACCO, 2014).

Enfim, as reformas no modelo de cuidado à saúde mental acontecem de forma gradual adaptando-se ao contexto e território. Dessa forma, a presença de um Ambulatório de Saúde Mental na rede estudada, inclusive com número expressivo de profissionais, pode ser justificada pela ainda recente instalação do CAPS e por estar em processo a construção de rede de atenção psicossocial.

5.2 Ações de saúde mental

As ações de saúde mental na atenção primária têm sido defendidas e discutidas com veemência devido à necessidade de inclusões de práticas nessa modalidade de atenção à saúde para a construção de uma rede integrada de cuidados aos sujeitos em sofrimento psíquico (JACOB; PATEL, 2014; JACOB et al., 2007; MENDENHALL et al., 2014; PATEL et al., 2011; SAPAG; RUSH; BARNSELEY, 2014; VICKERS et al., 2013).

O aprimoramento do cuidado de saúde mental na atenção primária é justificado, principalmente pela constatação de que 90% dos cuidados de saúde mental no mundo são fornecidos na rotina de profissionais de saúde não especializados (JACOB; PATEL, 2014). Portanto, a defesa de ações que visem potencializar o cuidado a essa demanda na atenção primária é parte de agenda global da saúde mental (PATEL et al., 2011).

A atenção primária também tem papel fundamental na atenção à saúde mental nos países de baixa e média renda, já que são responsáveis por cerca de $\frac{3}{4}$ da carga de transtornos. Porém, há uma grande lacuna de tratamento – por exemplo, na Etiópia 90% dos casos diagnosticados não recebem nenhum tipo de cuidado – principalmente devido à falta de infraestrutura e profissionais (MENDENHALL et al., 2014).

No município estudado, o atendimento à saúde mental nas ESFs acontece de forma indireta, através das escutas às queixas durante os procedimentos clínicos ou visitas domiciliares, por meio do encaminhamento para serviços especializados ou estímulo dos profissionais ao paciente à adesão e continuidade do tratamento. Além disso, os participantes apontaram como forma de cuidado a consulta com médico clínico e o tratamento medicamentoso.

Visitas domiciliares e encaminhamentos a serviços especializados também são ações de saúde mental comuns nas ESFs de outros contextos brasileiros, assim como a criação de vínculo e realização de oficinas terapêuticas (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011; OLIVEIRA et al., 2011).

Em comparação com estudos recentes, as ações de saúde mental na ESF do município podem ser consideradas limitadas, já que há outras formas de cuidado que poderiam acontecer nos serviços de atenção primária.

Uma pesquisa realizada nos EUA avaliou como positiva a integração de um serviço de saúde mental territorial a uma clínica de atenção primária. Esses serviços territoriais incluíam acompanhamento para depressão e ansiedade, através de psicoterapias breves, atendimentos clínicos compartilhados entre psiquiatras e médicos gerais, orientação aos coordenadores do

cuidado na atenção primária e reuniões semanais entre todos os profissionais do território de saúde mental para discutir o cuidado e fluxo de atendimento (VICKERS et al., 2013).

Uma das soluções que tem sido aplicada em países africanos - Etiópia, Nepal, África do Sul e Uganda - é a criação e aplicação do modelo de *task-sharing*, em tradução livre “divisão de tarefas” que aconteceria entre profissionais de saúde mental, profissionais da atenção primária e trabalhadores comunitários de saúde (*community health workers – CWH*) – similares aos agentes comunitários da ESF (MENDENHALL et al., 2014).

Nesse modelo, os CWH responsabilizam-se pela identificação dos casos de saúde mental no território e encaminhamento desses aos serviços de atenção primária. Já os profissionais da atenção primária têm como função o diagnóstico e tratamento. Os médicos clínicos devem prestar cuidados como terapias psicossociais e medicações psiquiátricas (MENDENHALL et al., 2014).

O *task-sharing* pressupõe uma mudança no papel de profissionais da saúde mental – psiquiatras, psicólogos – de prestadores de cuidados para líderes, assumindo responsabilidades como o desenho e gerenciamento de programas de saúde mental; construção de habilidades clínicas na atenção primária; supervisão e garantia de qualidade dos procedimentos de saúde mental; consultoria e organização de fluxo (MENDENHALL et al., 2014).

Ainda dentro da perspectiva de cuidado compartilhado, outra pesquisa realizada na América Latina – México, Nicarágua e Chile – defende a criação de um cuidado colaborativo intersetorial em saúde mental para fortalecer a atenção a essa demanda na atenção primária. O cuidado colaborativo em saúde mental (*Colaborative Mental Health Care – CMHC*) seria uma abordagem baseada em atenção primária que envolveria fornecedores de diferentes especialidades, disciplinas e setores trabalhando conjuntamente para oferecer serviços complementares e apoio mútuo, objetivando lidar com as demandas de saúde mental de indivíduos e comunidades (SAPAG; RUSH; BARNSELEY, 2014).

Em relação a esse tipo de abordagem, no Brasil e no município estudado, tem sido desenvolvido trabalho similar de construção de cuidado compartilhado através do apoio matricial. Embora a proposta desta metodologia de trabalho tenha surgido desde 2003, ainda há um número limitado de pesquisas que avaliam seus impactos para a construção do cuidado da saúde mental na atenção primária. Entretanto, os estudos realizados têm mostrado sua importância na criação de parcerias e aprimoramento da atenção, através das discussões e troca de informações que acontecem nesse espaço (IGLESIAS; AVELLAR, 2014).

Portanto, embora não esteja formalizada no município, a realização de reuniões de apoio matricial é uma potencialidade para o cuidado à saúde mental. Inclusive, os participantes da pesquisa apontaram sua importância para o aprimoramento da comunicação entre os profissionais de saúde sobre as demandas de saúde mental e como ferramenta para a construção de cuidado compartilhado.

A predominância de procedimentos como identificação, consultas médicas e encaminhamentos, embora necessários ao cuidado de saúde mental, indicam a hegemonia de uma concepção biomédica de cuidado, mesmo na atenção primária, a qual deveria ter ações de embasamento comunitário e com foco na família (RIBEIRO; CACCIA-BAVA; GUANAES-LORENZI, 2013). Quando contra-referenciada a atenção primária, o usuário de saúde mental deve encontrar nesses serviços ações e procedimentos construídos a partir de uma lógica de cuidado psicossocial, a qual pressupõe a integração de necessidades sociais (lazer, cultura, financeira, entre outras) no tratamento.

Ainda sobre os cuidados, embora apontado no levantamento documental reuniões familiares no CAPS, nenhum participante referiu outra atividade específica à família do usuário dos serviços. Apenas, foram apontadas a consulta da família para resgate histórico do paciente ou orientações de onde procurar tratamento para o familiar. Acrescenta-se, ainda, que a maior queixa trazida pelos sujeitos que passaram pelo Acolhimento no CAPS refere-se a “questões familiares”.

Há extensas discussões sobre a importância familiar no planejamento, oferecimento e avaliação de serviços tanto de saúde, quanto de saúde mental (ALVES; SILVEIRA, 2011; ENGLANDKENNEDY; HORTON, 2011; ROSAS PRIETO; NARCISO ZARATE; CUBA FUENTES, 2013; WONG, 2014).

Embora pesquisas tenham apontado que familiares se queixem da exclusão do tratamento, falta de informação e impossibilidade de contato com profissionais de saúde, o cuidado à família melhora a aderência e resultados de tratamento a sujeitos diagnosticados com transtornos mentais (ENGLANDKENNEDY; HORTON, 2011).

Em pesquisa realizada no Estado do Novo México, EUA, com familiares de pacientes diagnosticados com transtornos mentais graves e dependência química, constatou-se que 68% não estavam envolvidos no planejamento ou tratamento, 83% não recebiam ações de psicoeducação, informações ou assistência e 96% nunca foram convidados a avaliar o serviço (ENGLANDKENNEDY; HORTON, 2011).

Embora o contexto da pesquisa seja diferenciado e considerando que os EUA não contam com políticas específicas para a demanda, não se encontra realidade diferente na rede

de saúde brasileira, na qual pesquisas também apontam a pouca inserção familiar no cuidado, salientando a necessidade do enfoque a esta na atenção à saúde mental (BIELEMANN et al., 2009; GOMES; MELLO, 2012).

Atividades direcionadas à família do usuário de saúde mental apenas no CAPS do município estudado reforçam a centralização de atividades no serviço.

Ainda em relação aos cuidados relacionados à saúde mental, a OMS aponta como ações necessárias para a atenção a essa demanda: a proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais, combate ao estigma, priorização de serviços integrados de saúde mental, participação de usuários no planejamento de ações de saúde mental e desenvolvimento de planos que envolva não apenas setor de saúde, mas também setor social (HOCK et al., 2012)

Em relação às atividades oferecidas pelo CAPS, estas parecem corresponder às pressupostas nas portarias que regulamentam o funcionamento dos serviços (BRASIL, 2004), assim como as apontadas pela OMS, mesmo que não de forma direta. Por exemplo, atividades desenvolvidas em locais diversos e em conjunto com outros grupos de pessoas (academia de ginástica, oficinas de geração de renda) podem auxiliar na inclusão e convivência com a população em geral, contribuindo para redução do estigma.

Em relação à colaboração de outros setores, além da saúde para o cuidado em saúde mental (EATON et al., 2011; HOCK et al., 2012) destacam-se as parcerias realizadas pelo serviço estudado com os do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) - CRAS, CREAS, Oficinas de Geração de Renda, da Secretaria de Saúde e Esportes (aulas de musculação), da rede de ensino (Escolas e APAES) e outras entidades como o Centro de Convivência do Idoso. Todavia, participantes apontaram que os jovens têm poucas oportunidades de lazer na cidade, o que pode acarretar um aumento no uso de drogas recreativas, por exemplo.

5.3 Fluxos de Atendimento e Diagnósticos

Os profissionais que realizavam as reuniões de apoio matricial com as ESFs do município eram parte integrante da equipe do CAPS, que além do trabalho de articulação com outros serviços, tornou-se o principal regulador de fluxo das demandas de saúde mental.

Em relação ao fluxo, segundo dados coletados, os sujeitos nos quais se identificam sinais de sofrimento psíquico são encaminhados ao CAPS acompanhados de uma ficha de triagem (ANEXO B). Nessa ficha constam sintomas psíquicos e/ou comportamentais, número

de internações psiquiátricas anteriores, quais medicamentos psicotrópicos em uso e quais comorbidades que devem ser identificados e apontados pelo profissional de saúde.

Com exceção de “ausência de apoio social (familiar e outros)”, os itens apontados na ficha remetem a uma compreensão biomédica do sujeito na qual a identificação das demandas de saúde mental ficam limitadas à manifestação de doença.

Essa forma de compreensão de doença é similar à usada na construção de categorias diagnósticas utilizadas no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID). O DSM-IV, criado pela Associação Americana de Psiquiatria e o CID-10, de autoria da OMS, são os instrumentos mais amplamente utilizados por psiquiatras e pesquisadores do mundo para auxiliar na identificação e classificação de transtornos mentais (JACOB; PATEL, 2014; PICKERSGILL, 2013).

Corroborando a concepção psiquiátrica de classificação, o CAPS estudado atribuiu a todos os seus pacientes um diagnóstico psiquiátrico, conforme pode ser observado na Tabela 4.

Embora adequada para os profissionais de saúde mental, a utilidade desses manuais para outros serviços de saúde não-especializados é limitada e criticável. Profissionais da atenção primária tendem a identificar pacientes com sintomas não-específicos, subsindrômicos e “mesclados” – não claramente observáveis – geralmente associados a adversidades psicossociais e problemas físicos de saúde (JACOB; PATEL, 2014).

Além disso, os profissionais da atenção primária reconhecem o efeito na saúde mental de circunstâncias psicossociais como estresse, apoio social, cultura, recursos pessoais e de enfrentamento (JACOB; PATEL, 2014). O mesmo foi apontado pelos dados da entrevista que, contrariando a abordagem simplificada da ficha de triagem, também acrescentam o histórico de vida e a diferenciação de sintomas físicos e psíquicos como forma de identificação da demanda de saúde mental.

Os profissionais de atenção primária tendem a negar a aplicação mecânica de hierarquias psiquiátricas que subordina problemas de ajustamento a transtornos mentais, desconsiderando o contexto social. Dessa forma, o discurso de pesquisa e acadêmico fica pouco usado na atenção primária (JACOB; PATEL, 2014).

Dentro da abordagem da atenção primária, Starfield (2002) discute que deve estar dentro do escopo da oferta de cuidado desta: o reconhecimento do problema e diagnóstico, manejo e reavaliação. Assim sendo, identificar uma demanda de saúde mental a partir de uma abordagem psicossocial requer uma visão ampliada de sujeito e, portanto, uma maior

complexidade de conhecimentos. Esse desafio é apontado pelos participantes da pesquisa que reconhecem que não apenas um sujeito em crise psiquiátrica demanda cuidados à saúde mental.

Também em relação à organização do fluxo das demandas de saúde mental do município, o CAPS recebe encaminhamentos de serviços de saúde (ESFs, PS), sociais (CRAS e CREAS), espontânea e outros (judiciais, escolas, entre outros). Destaca-se que o maior número de encaminhamentos (40%) partiu dos médicos clínicos das ESFs, seguido da procura espontânea.

Sendo um profissional central da ESF e apontado pela literatura como principal contato, articulador e provedor de cuidados a pacientes que procuram a atenção primária (STARFIELD, 2002) é esperado que o maior número de encaminhamentos partisse do médico clínico.

Porém, embora não fora levantada a relação entre o número de pacientes atendidos com sofrimento psíquico na atenção primária e os encaminhados, os médicos clínicos de ESF como os que mais referenciaram casos ao CAPS, pode ser um indicativo da limitada resolutividade da atenção primária do município em relação à saúde mental. Somam-se a isso, as poucas ações destinadas a esta demanda, conforme discutido.

As reduzidas atividades fora do contexto dos serviços especializados podem ser justificadas também pela falta de estímulos ou a falta de entendimento sobre saúde mental, como aponta um dos participantes da pesquisa. Esses dados corroboram as pesquisas recentes que acrescentam, principalmente em países de baixa e média renda, o receio também da sobrecarga de trabalho em rotinas já atribuladas (MENDENHALL et al., 2014).

Esse aspecto também pode explicar a centralização das atividades de saúde mental no CAPS e no Ambulatório que oferecem uma gama maior de procedimentos destinados a essa demanda, conforme pode ser observado no levantamento documental e mencionado por um dos participantes.

Sobre a questão de drogas, a porcentagem de usuários diagnosticados com Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas no CAPS estudado é de 19%. Em conjunto com o diagnóstico de Esquizofrenia (19%) correspondem ao diagnóstico mais frequente.

A prevalência dos dois diagnósticos também foi encontrada num estudo sobre perfil de usuários cadastrados em um CAPS, na cidade de Lorena-SP (PEREIRA et al., 2012). Em outra pesquisa realizada em Recife, também sobre diagnósticos de usuários de CAPS, a maior prevalência foi transtornos de humor (30%), seguido de 25,6% do grupo F20 (PAULA, 2010).

Na cidade de Iguatu-CE, os transtornos mais frequentes foram relacionados aos de ansiedade, seguidos pelo grupo das esquizofrenias (CARVALHO; OLIVEIRA; VIEIRA, 2010). Vale ressaltar que os dois últimos estudos foram realizados em cidades que também contavam com o CAPS AD, o que pode ser indicativo da prevalência de outros diagnósticos.

Considerando que o maior número de usuários cadastrados no CAPS de Cordeirópolis refere-se à dependência ou abuso de substâncias, vale ressaltar a necessidade de atividades direcionadas a esse grupo específico, assim como a discussão de ações também dentro das atividades nas ESFs do município, como recomendado nas portarias (BRASIL, 2004; BRASIL, 2011a).

O fato de o CAPS ser uma figura central em relação aos cuidados de saúde mental na rede estudada pode justificar a dificuldade de estabelecimento de critérios de encaminhamento para serviços especializados, não havendo esclarecimento dos papéis de cada serviço. Foi apontado pelos participantes que encaminham ao CAPS, não apenas os pacientes com diagnósticos psiquiátricos, mas sujeitos com outros sintomas como tristeza, ansiedade – considerados comuns na rotina de qualquer serviço de saúde. Deste modo, o CAPS parece assumir toda demanda de saúde mental, mesmo as que deveriam estar dentro da responsabilidade, por exemplo, da atenção primária.

A falta de clareza sobre critérios de encaminhamentos e sobre a responsabilidade de cada serviço também pode explicar o alto número de sujeitos referidos ao Ambulatório de Saúde Mental (61%) pelo próprio CAPS após o processo de acolhimento, mesmo havendo discussão de cada caso em reunião de equipe para decisão da conduta.

Embora seja identificado no levantamento de dados que há a contra-referência de “casos leves” às ESFs, não foram encontrados dados que indicassem esses direcionamentos. Além disso, não há atividades específicas à saúde mental nesses serviços como apontado pelos participantes, cabendo ao Ambulatório o atendimento a essas demandas.

Em relação ao número de atendimentos, é preconizado pela Portaria GM 336, de 19 de fevereiro de 2002, que o CAPS I atenda 20 pacientes por turno e no máximo 30 pacientes por dia (BRASIL, 2002). No CAPS, estudado no final de 2012, havia 22 pacientes intensivos, 23 semi-intensivos e 63 não intensivos o que indica uma capacidade adequada partindo do pressuposto da portaria.

Todavia, a eficiência no cuidado à saúde mental pode estar prejudicada pelo excesso de encaminhamentos ao Ambulatório que, conforme apontado pelos participantes, acabam gerando longas listas de espera, tempo longo para atendimento ou ainda o não-atendimento

dos que são encaminhados prejudicando o acesso e apontando uma fragilidade na Coordenação.

Além da acessibilidade prejudicada dos encaminhados ao Ambulatório, os participantes da pesquisa também apontam outro desafio: a ausência de responsabilização das demandas de saúde mental por outros serviços de saúde.

Segundo os participantes do presente estudo, quando um serviço encaminha um sujeito com demandas de saúde mental para o CAPS, ausentam-se da responsabilidade sobre este, entendendo o cuidado à saúde mental como compromisso exclusivo do CAPS.

Diversos aspectos relacionados à ausência de responsabilização já foram apontados e algumas causas são discutidas na literatura referente aos cuidados em saúde mental, como por exemplo, sobrecarga de trabalho, falta de formação e/ou de conhecimento sobre saúde mental, dificuldade de manejo e estigma social (ENGLANDKENNEDY; HORTON, 2011).

A responsabilização única do CAPS aliada a uma concepção limitada de saúde mental pode explicar o número alto de encaminhamentos para internação em hospital psiquiátrico. No ano de 2012 foram 34 internações, o que corresponde a 32% dos usuários cadastrados no CAPS. Considerando a existência do Ambulatório, esse número pode indicar falhas na resolutividade dos serviços de saúde mental, pois no modelo psicossocial, internações de longa duração devem ser evitadas e, se necessárias, serem em leitos psiquiátricos em hospitais gerais e de curto tempo (BRASIL, 2011).

Mesmo encaminhado a outro serviço, e corroborando também a necessidade da longitudinalidade, um serviço não deveria abster-se das responsabilidades sobre o usuário, devendo sim, haver um cuidado compartilhado sobre este. A atenção compartilhada é defendida por Starfield (2002), pois melhora o fluxo de informações entre médicos e pode aprimorar índices de saúde.

Ainda sobre a atenção compartilhada, esta pode dar-se via e-mail, através de cartões de registro compartilhados (no qual constam todas as informações de saúde do paciente), em reuniões de contato, dentro de clínicas comunitárias e através de consultoria. Para que haja um cuidado conjunto adequado, o fluxo de informação sobre os usuários é aspecto fundamental da atenção primária. Starfield (2002) coloca esse como um desafio para coordenação, já que há vários indivíduos integrando uma equipe de atenção primária e, além dessas, os da atenção especializada.

No serviço estudado, o fluxo de informações se dá através de formulários, a ficha de triagem já citada, troca de cartas entre os profissionais de saúde sobre os pacientes e telefonemas. Porém, um profissional aponta que há dificuldades de comunicação,

principalmente, devido à alta demanda de pacientes e serviços o que impede, por exemplo, que sejam realizadas reuniões de equipe na qual haveria, além da discussão, a troca de informações.

5.4 Conceito de saúde e saúde mental

No tocante à concepção de saúde e saúde mental por parte desses participantes a análise de conteúdo revelou um destaque à expressão “bem-estar” tanto para referir-se ao conceito de saúde quanto ao de saúde mental.

Bem-estar é um conceito de natureza subjetiva fortemente influenciada pela cultura e que tem sido objeto de estudo de antropologistas e outros profissionais, que avaliam os valores, práticas e crenças culturais. Alguns psicólogos e sociólogos também destacam a influência dos aspectos emocionais e sociais na definição de bem-estar, logo o construto está fortemente relacionado à qualidade de vida, saúde e às necessidades humanas (DIENER, 2009).

Apesar da complexidade do conceito, entende-se que o uso da expressão “bem-estar” nos resultados do presente estudo foi fortemente influenciado pelo conceito de saúde e de saúde mental da WHO que entende saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença e; saúde mental é um estado de bem-estar no qual um indivíduo é consciente de suas habilidades, consegue lidar com os estresses comuns da vida, pode trabalhar produtivamente e ser capaz de contribuir com sua comunidade (WHO, 2014).

A definição de saúde apontada pela WHO em 1946 foi inovadora e ambiciosa para a época, pois ao invés de um conceito negativo de saúde (ausência de doença), propôs a ampliação de tal definição incluindo aspectos físicos, mentais e sociais, convidando as nações do mundo a repensarem suas políticas de saúde visando o alívio para a depressão pós-guerra (ALMEIDA-FILHO, 2011; HUBER et al., 2011).

Apesar das intenções positivas de tal conceituação, esta foi alvo de intensas críticas ao longo dos seus 60 anos de existência. Primeiro, por trazer uma conotação utópica de saúde: não haveria como atingir tal condição de “bem-estar completo” diante das limitações humanas. Segundo, por estimular a medicalização da população (HUBER et al., 2011).

Outra fragilidade desta definição é a impossibilidade de articulá-la ao advento das doenças crônicas que, embora não fosse um problema tão evidente na década de 40, hoje é a

principal questão de saúde pública na maioria dos países que, graças ao avanço das tecnologias biomédicas, conseguem aumentar a longevidade das pessoas apesar de um diagnóstico estabelecido. Esse novo perfil epidemiológico torna a definição da OMS obsoleta e acarreta gastos mais altos com cuidados, afinal, se saúde é o completo bem-estar, um indivíduo com uma doença crônica é necessariamente doente precisando de constante atenção médica. Além disso, classificar um indivíduo como doente, diminui sua capacidade de autonomia e de sentir-se saudável, mesmo com suas limitações (HUBER et al., 2011).

No entanto, alguns resultados do presente estudo denotam tentativas de romper com o conceito fechado de saúde, aproximando-se mais do conceito de saúde mental proposto pela WHO e corroborando o processo histórico de reconstrução desses conceitos a partir das críticas e diferentes acontecimentos políticos e econômicos que estimularam a discussão de um novo paradigma: o da produção social da saúde. Essa nova visão surge da combinação da medicina preventiva com a abordagem holística da saúde, ampliação do conceito de educação sanitária e afastamento da abordagem higienista (ALMEIDA-FILHO, 2011).

Um marco importante para a redefinição destes conceitos foram as recomendações da Carta de Ottawa de 1986, que ressaltavam o papel dos aspectos sociais e recursos pessoais, porém tais recomendações não foram acatadas para redefinir tais conceitos propostos pela WHO (ALMEIDA-FILHO, 2011; HUBER et al., 2011).

No Brasil, sob influência das experiências internacionais sobre as políticas de saúde, surgiram propostas de reformulação do sistema brasileiro, e o conceito de saúde foi rediscutido formalmente na VIII Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, no ano de 1986, incluindo determinantes como: alimentação, educação, trabalho, meio ambiente, moradia, renda e acesso a serviços de saúde (DALMOLIN et al., 2011).

A partir disso, o conceito de saúde brasileiro passou a ser entendido de forma mais complexa abarcando as diretrizes de universalidade, integralidade e equidade no cuidado, apesar de conviver com abordagens claramente vinculadas à antiga concepção (DALMOLIN et al., 2011).

Os resultados do presente estudo têm influência direta de todo esse histórico da conceituação de saúde. Alguns participantes apreenderam saúde e saúde mental de forma equivalente e complementar, isto é, elencando que os mesmos fatores que determinam uma boa saúde também são determinantes de boa saúde mental.

Tal compreensão corrobora tanto a definição da OMS, que inclui o aspecto “psíquico” como parte da constituição de saúde, quanto a ideia de produção social da saúde que reafirma

que o bem-estar físico e mental dependem de boas condições de vida – alimentação, moradia, emprego, dentre outros (DALMOLIN et al., 2011; WHO, 2014).

O uso das palavras “mental e físico” nas falas de algumas participantes (por exemplo, Assistente Social e Psiquiatra) denotam uma divisão na constituição humana. Tal dicotomia era comum no período clássico, principalmente na compreensão de loucura do filósofo Galeno, o primeiro a descrever a divisão entre mente e corpo. Embora tal forma de interpretação tenha se extinguido durante a Idade Média – pois a loucura só era mais uma manifestação do demônio, assim como outras doenças – a concepção de um ser humano fragmentado é retomada com força a partir do surgimento do paradigma biomédico, que estabeleceu que a parte psíquica era de competência apenas de psiquiatras (ESQUINSANI; DAMETTO, 2012; FOUCAULT, 2012; PICKERSGILL, 2013).

Outros participantes concebem que os conceitos de saúde e saúde mental são distintos, isto é, ressaltam que os fatores que determinam um são diferentes dos determinantes do outro.

Os resultados apontam que a manifestação da doença (sintomas) são elementos essenciais para a explicação do fenômeno saúde-doença mental, e que, por outro lado, tal conceito se relaciona também com a percepção individual e coletiva das habilidades de enfrentamento das demandas psíquicas.

Delírio, alucinação, confusão, euforia, por exemplo, foram alguns dos termos relevantes nos resultados. Isso alude à doença mental ou à loucura como divisor do que é considerado saúde mental. Desde o século XVII, a loucura propiciou à psiquiatria o domínio de suas manifestações, anulando qualquer possibilidade de que um indivíduo com diagnóstico psiquiátrico pudesse ter algum grau de saúde mental, de bem-estar, de qualidade de vida, como se suas crises e manifestações fossem ininterruptas (FOUCAULT, 2012).

Nos anos 60, através das propostas da Psiquiatria Democrática, Basaglia propôs uma reformulação no conceito e no tratamento da loucura ressaltando o cuidado em liberdade como premissa principal para o tratamento humanizado – que inspirou a ideia de democratização da psiquiatria no mundo e o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil (ALMEIDA-FILHO, 2011; AMARANTE, 2010).

Apesar disso a formação dos profissionais de saúde ainda é muito centrada na doença e considera “patológica” qualquer alteração nos padrões de funcionamento (FOUCAULT, 2012). A ideia de normalidade apareceu principalmente na fala dos profissionais de nível médio que usaram expressões como “fora do normal” e “fora de si” remetendo à ideia de padrão e desvios aos comportamentos e manifestações humanas.

Em contrapartida, alguns resultados mostram claramente certa relativização do conceito de saúde mental, entendendo-o como socialmente determinado e corroborando o paradigma da produção social de saúde e das propostas da psiquiatria democrática. Assim, concebe-se que o processo saúde-doença é influenciado diretamente pelas condições e recursos de vida da pessoa e comunidade. As pessoas “saudáveis” podem ter algum “sofrimento psíquico” e as pessoas com algum diagnóstico instalado podem gozar de diferentes níveis de saúde e saúde mental (ALMEIDA-FILHO, 2011).

A partir desta discussão, destaca-se a importância de estudos adicionais para analisar as influências destes conceitos nas práticas profissionais principalmente porque, até há alguns anos, quando se dizia “trabalhar com saúde mental”, entendia-se abordar o doente mental nos âmbitos dos manicômios. No entanto, discutir “saúde mental” na contemporaneidade, significa debater uma área extensa, complexa que vai muito além do tratamento dos diagnosticados com transtornos mentais. O termo engloba campo de conhecimentos, atuação técnica e políticas públicas de saúde. Sua amplitude dificulta que se estabeleçam limites de definição, inclusive por basear-se em vários tipos de conhecimento como a psiquiatria, neurologia, psicologia, filosofia, fisiologia, sociologia e até mesmo a geografia (AMARANTE, 2010).

Diante do exposto, a definição complexa de saúde mental também se relaciona ao desafio apontado pelos participantes da pesquisa da dificuldade do atendimento a sujeitos com sofrimento psíquico, indicando a necessidade de manejo diferenciado. Além disso, também referem que tais pacientes apresentam diversas demandas além das psíquicas exigindo maiores habilidades profissionais.

Outro desafio relevante ao cuidado à saúde mental no município é que não houve menção à Participação Comunitária ou Social, elemento integrante do pressuposto da Responsabilidade, como parte da atenção a essa demanda.

A participação da comunidade na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde é uma das diretrizes descritas na Lei. 8.080/1990 do Sistema Único Brasileiro, sendo os Conselhos e Conferências de saúde reconhecidos legalmente como as instâncias para essa atuação, conforme Lei 8.142/1990. Em relação à saúde mental, assembleias e fóruns de usuários e familiares, acrescentam-se aos espaços de participação oficiais (COSTA; PAULON, 2012; GUIMARÃES et al., 2010).

Porém, há uma incipiente participação social em saúde mental não apenas no município estudado, mas em toda realidade brasileira. Se em relação à saúde em geral discute-

se que o motivo principal dessa tímida participação é o desconhecimento desses espaços pela população principalmente pela falta de politização, a situação se agrava em relação ao campo da saúde mental. Acrescenta-se ainda que, mesmo que haja articulações como as assembleias de usuários e familiares, as discussões tendem a ser limitadas na defesa de interesses pessoais e não coletivos, assim como as decisões centradas nos profissionais (COSTA; PAULON, 2012; GUIMARÃES et al., 2010).

A participação social é considerada um exercício de cidadania necessário para a efetivação do protagonismo do usuário que tanto se enfatiza na Reforma Psiquiátrica (COSTA; PAULON, 2012; GUIMARÃES et al., 2010). Dessa forma, é aspecto essencial ao cuidado o incentivo e a garantia da participação de usuários em espaços políticos, principalmente naqueles em que discussões e decisões influenciam diretamente na atenção à saúde mental.

6 CONCLUSÃO

A rede de serviços estudada apresentou estrutura e funcionamento dentro das normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde brasileiro e subsidiado principalmente pelo conceito ampliado de saúde, o que é um bom indicador da estruturação do novo sistema de saúde mental no Brasil que, em comparação a outros países, encontra-se avançado.

Contudo, alguns aspectos identificados constituem-se um desafio para garantia de resolubilidade e cuidado à saúde mental. Dentro da abordagem da atenção primária, o pressuposto da Integralidade pode ser comprometido pela existência do Ambulatório de Saúde Mental com seu funcionamento clínico, a limitada inserção da família como parte do cuidado e poucas ações destinadas à saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. Em relação ao atributo da Coordenação, há a necessidade de melhores critérios de encaminhamento. A Responsabilidade fica limitada diante da acessibilidade prejudicada pela fila de espera, a demora para início de tratamento no Ambulatório de Saúde Mental e a ausência de Participação Comunitária.

Diante desse quadro, recomenda-se a extinção gradual do Ambulatório de Saúde Mental, ao mesmo tempo em que se instalam e fortalecem ações de saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. O apoio matricial no município, se oficializado como atividade do CAPS e ESF, pode auxiliar na educação dos profissionais da atenção primária, contribuindo para a construção de um cuidado compartilhado.

O apoio matricial, também pode facilitar as discussões nas ESFs do município para efetivação de ações à família do sujeito em sofrimento psíquico, contribuindo para a inclusão dessa atividade na oferta de cuidados principalmente nos territórios abrangidos por estes serviços, já que foco na família é o pressuposto central desta estratégia conforme descrito na Portaria no. 2.488 GM/2011 (BRASIL, 2011c).

Em relação aos serviços de urgências e emergências, há recomendações em experiências internacionais de inclusão de uma enfermeira psiquiátrica na equipe para orientação e aprimoramento no manejo de sujeitos que apresentem demandas de saúde mental e, se possível, leitos diferenciados (BOST; CRILLY; WALLEN, 2014). Ainda o trabalho de apoio matricial pode ser estendido à equipe do PS.

Para aprimorar a comunicação nos próprios serviços, deveriam ser priorizadas as reuniões de equipe para as trocas de informações necessárias para a continuidade adequada do cuidado.

No que diz respeito à percepção dos profissionais sobre a rede para o atendimento das demandas de saúde mental, nota-se que há uma boa composição de estrutura e profissional. Porém, essa potencialidade pode estar prejudicada pela articulação limitada entre os serviços e pela ausência de corresponsabilidade dos casos encaminhados.

Também relevante para um cuidado contínuo é estabelecer formas mais amplas para identificação das demandas de saúde mental, inclusive expandindo a ficha de triagem. O processo triagem poderia incluir um breve histórico de vida, genograma e ecomapa, atividades cotidianas, principais comprometimentos sociais (problemas financeiros, no trabalho, familiar, etc.) e outras informações que o profissional que encaminha considerasse relevante para compreensão do motivo do encaminhamento.

Em relação aos conceitos pesquisados, os profissionais não têm clareza e uniformidade em suas concepções de saúde e saúde mental, o que pode influenciar suas práticas de atenção. Alguns profissionais têm como centralidade do conceito de saúde mental as manifestações da doença, denotando as influências do paradigma biomédico sobre a compreensão tanto do conceito de saúde, quanto de saúde mental.

Por outro lado, outros profissionais relacionam fortemente o conceito de saúde mental com “bem-estar” e entendem estes conceitos como construídos socialmente e dependentes dos recursos e capacidades dos sujeitos e comunidades para enfrentamento das adversidades, dando indícios das ideias que permeiam o paradigma de produção social da saúde.

A diversidade de concepções apresentadas pelos participantes ilustra o fato de que saúde e saúde mental se entrecruzam e se confundem dentro da história da humanidade, tendo sido tratadas como distintas apenas com o nascimento da psiquiatria, quando essa especialidade toma para si o objeto “psíquico”, salientando a divisão mente-corpo. Logo, as divergências conceituais podem ser sinalizações de avanços nas discussões destes construtos, e convite às áreas de conhecimento de integrarem seus saberes e práticas de cuidados.

Essa diferença de concepções pode também explicar as ações ora embasadas no paradigma biomédico (por exemplo. foco na remissão de sintomas, tratamento medicamentoso, encaminhamento para internação), ora com funcionamento voltado para aspectos psicológicos (por exemplo, escuta, acompanhamento psicólogo, criação de vínculo) e sociais (participação dos usuários do CAPS em Oficinas de Geração de renda, passeios, entre outros) o que corrobora uma concepção ampliada de saúde.

Dessa forma, o município estudado apresenta potencialidades no atendimento à demanda de saúde mental, embora devam ser trabalhados os desafios apontados. O processo de construção de uma rede de atenção psicossocial é gradual e exige atuação e discussão

constantes de todos os profissionais e gestores envolvidos. Porém, a lógica da atenção primária proposta por Starfield (2002) em conjunto com uma concepção ampliada de saúde podem oferecer o embasamento para a construção de ações para uma rede efetiva de atenção à saúde mental que tenha como principal característica o cuidado compartilhado dos serviços da rede.

6.1 Limitações

Os elementos dos pressupostos da Atenção Primária elencados para análise e discussão, embora didaticamente separados, devem ser operacionalizados de forma conjunta e imbricada para uma atenção de qualidade. Ou seja, a separação destes é uma tentativa didática para melhor compreensão de suas características.

A principal limitação desse estudo está na impossibilidade de levantamento dos dados referentes ao número de atendimentos realizados para sujeitos com demandas de saúde mental na atenção primária, o que impossibilitou uma conclusão concreta sobre a resolatividade dos casos. O mesmo se aplica ao PS que não tem controle específico para transtornos mentais ou sofrimento psíquico.

Em relação à equipe multidisciplinar, um número alto de variedade profissional não garante a qualidade da atenção, sendo necessários estudos adicionais sobre os processos de trabalhos para verificar a eficácia do cuidado.

Em relação ao manejo das demandas de saúde mental, uma pesquisa que inclua a percepção de usuários e familiares traria contribuições para um entendimento ampliado sobre o cuidado.

7 REFERÊNCIAS

ALMEIDA-FILHO, N. **O que é saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011. Coleção Temas em Saúde.

ALVES, C. C. F.; SILVEIRA, R. P. Família e redes sociais no cuidado de pessoas com transtorno mental no acre: o contexto do território na desinstitucionalização. **Revista Atenção Primária a Saúde**, Juiz de Fora, v. 14, n. 4, p. 454-463, out./dez. 2011.

AMARANTE A. L., et al. As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no programa saúde da família. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 85-93, jan./mar. 2011.

AMARANTE, P. (Org.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

BACKES, M. T. S. et al. Conceito de Saúde e Doença ao longo da história: sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 111-117, jan./mar. 2009.

BARROS, M. M. A.; JORGE, M. S. B.; PINTO, A. G. A. Prática de saúde mental na rede de atenção psicossocial: a produção do cuidado e as tecnologias das relações no discurso do sujeito coletivo. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 72-83, jan./mar. 2010.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

BAUER, A. M. et al. Tackling the Global Mental Health Challenge: A Psychosomatic Medicine/Consultation-Liaison Psychiatry Perspective. **Psychosomatics**, Filadélfia, v. 51, n. 3, p. 185-193, mai./jun. 2010.

BIELEMANN, V. DE L. M. et al. Family integration in the centers for psycho-social care from the perspective of their social actors. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 131-139, jan./mar. 2009.

BONI, V.; QUARESMA, S. J.; Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Em Tese, Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 68-80, jan/jul 2005.

BOST, N.; CRILLY, J.; WALLEN, K. Characteristics and process outcomes of patients presenting to an Australian emergency department for mental health and non-mental health diagnoses. **International emergency nursing**, Oxford, v. 22, n. 3, p. 146-152, jul. 2014

BOWEN, G. A. Document analysis as a qualitative research method. **Qualitative research journal**, Londres, v. 9, n. 2, p. 27-40, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com

necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 dez. 2011, Seção 1, p. 59. 2011a

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. **Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental**. Brasília, DF: 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no. 2.488 GM/2011, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, DF, 22 out. 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2007. (Série Pactos pela Saúde, v. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial/** Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde mental e atenção básica- o vínculo e o diálogo necessários**. Circular Conjunta n. 01/03, de 13 nov. 2003. Brasília, DF, 2003

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da União**, DF, 20 fev. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SNAS/MS/INAMPS nº 224 da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 jan. 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 8a. Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986.

BUSS, P. M. I; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007

CAMPOS, G. W. S. et al. Reflexões sobre a Atenção Básica e a estratégia de Saúde da Família. In: **Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulos: HUCITEC, 2010.

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

CARVALHO, M. D. A.; OLIVEIRA E, S. H.; LEILA, R. L. Perfil epidemiológico dos usuários da Rede de Saúde Mental do Município de Iguatu, CE. **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p. 337–349, 2010

CAVALCANTI, M. T. et al. Critérios de admissão e continuidade de cuidados em

centros de atenção psicossocial, Rio de Janeiro, RJ. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, p. 23-28, 2009. Suplemento 1.

COLLINS, P. Y.; PATEL, V.; JOESTL, S. S. Grand challenges in global mental health. **Nature**, Londres, v. 475, n. 7354, p. 27-30, 2011.

CORREIA, V. R.; BARROS, S.; COLVERO, L. DE A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 45, n.6, p. 1501–1506, 2011.

COSTA, D. F. C.; PAULON, S. M. Participação Social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 36, n. 95, p. 572-582, out./dez. 2012.

COSTA-ROSA, A.; YASUI, S. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafios na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 27-37, 2008.

DALMOLIN, B. B. et al. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. **Escola Anna Nery: revista de enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 389-394, abr./jun. 2011

DIENER, E. **Culture and well-being**. Dordrecht, NL: Springer, 2009.

DUTT, K.; WEBBER, M. Access to Social Capital and Social Support Among South East Asian Women With Severe Mental Health Problems: a Cross-Sectional Survey. **International Journal of Social Psychiatry**, Londres, v. 56, n. 6, p. 593–605, nov. 2010

EATON, J. et al. Scale up of services for mental health in low-income and middle-income countries. **Lancet**, Londres, v. 378, n. 9802, p. 1592–1603, 29 out. 2011.

ENGLANDKENNEDY, E. S.; HORTON, S. “Everything that I thought that they would be, they weren’t.” family systems as support and impediment to recovery. **Social science & medicine**, Oxford, v. 73, n. 8, p. 1222–1229, out. 2011.

ESQUINSANI, R. S. S.; DAMETTO, J. Questões de gênero e a experiência da loucura na antiguidade e na idade médica. **Estudos de sociologia**, Araraquara, v. 17, n. 32, p. 205–222, 2012.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde Mental e Atenção Básica à Saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 143-149, 2008

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 389-394, fev. 2011.

FOUCAULT, M. **História da Loucura: na Idade Clássica**. 9 ed. São Paulo: Perspectiva, 2012.

GUIMARÃES, J. M. X. et al. Participação social na saúde mental: espaço de construção de cidadania, formulação de políticas e tomada de decisão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2113-2122, 2010.

HAMILTON, R. P. The concept of health: beyond normativism and naturalism. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, Oxford, v. 16, n. 2, p. 323-329, 2010.

HARLAND, R. et al. A study of psychiatrist's concepts of mental illness. **Psychological Medicine**, Cambridge, v. 39, n. 6, p. 967, 2009

HOCK, R. S. et al. A new resolution for global mental health. **Lancet**, Londres, v. 379, n. 9824, p. 1367–1368, abr. 2012

HUBER et al. How should we define health?. **British Medical Journal**, Londres, v. 343, n. 6, p. d4163, 2011

IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z. Apoio Matricial: um estudo bibliográfico. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 9, p. 3791-3798, 2014.

JACOB, K. S. et al. Mental health systems in countries: where are we now? **Lancet**, Londres, v. 370, n. 9592, p. 1061–1077, set. 2007.

JACOB, K. S.; PATEL, V. Classification of mental disorders: a global mental health perspective. **Lancet**, Londres, v. 383, n. 9926, p. 1433–1435, abr. 2014.

JADAD, A. R.; O'GRADY, L. How should health be defined?. **British Medical Journal**, Londres, v. 337, dez. 2008. Editorial.

KIND, L.; FERREIRA-NETO, J. L. Discourses and polarities concerning health promotion in the Brazilian health system. **Salud Pública de México**, México, v. 55, n. 4, p. 427-432, 2013.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A.H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KONH, R. (Org.). **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MENDENHALL, E. et al. Acceptability and feasibility of using non-specialist health workers to deliver mental health care: Stakeholder perceptions from the PRIME district sites in Ethiopia, India, Nepal, South Africa, and Uganda. **Social science & medicine**, Oxford, v. 118, p. 33–42, out. 2014.

MIELKE, F. B. et al. Características do cuidado em saúde mental na perspectivas dos profissionais. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 265-276, jul./out. 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2006

MORPHET, J. et al. Managing people with mental health presentations in emergency departments--a service exploration of the issues surrounding responsiveness from a mental health care consumer and carer perspective. **Australasian emergency nursing journal**, Amsterdã, v. 15, n. 3, p. 148–155, ago. 2012

NICAISE, P.; DUBOIS, V.; LORANT, V. Mental health care delivery system reform in Belgium: the challenge of achieving deinstitutionalisation whilst addressing fragmentation of care at the same time. **Health policy**, Amsterdam, v. 115, n. 2-3, p. 120–127, abr. 2014.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BÓGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 44-57, 2004

OLIVEIRA, F. B. et al. (Re)Construindo cenários de atuação em saúde mental na estratégia saúde da família. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 24, n. 2, p. 109-115, 2012.

OMER, S.; PRIEBE, S.; GIACCO, D. Continuity across inpatient and outpatient mental health care or specialisation of teams? A systematic review. **European Psychiatry**, Paris, 2014 . In Press.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, mai. 2006

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, Londres, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

PATEL, V. et al. A renewed agenda for global mental health. **Lancet**, Londres, v. 378, n. 9801, p. 1441–1442, out. 2011.

PATEL, V. et al. The Lancet's Series on Global Mental Health: 1 year on. **The Lancet**, Londres, v. 372, n. 9646, p. 1354, 2008.

PATEL, V. et al. Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. **The Lancet**, Londres, v. 370, p. 991-1005, set. 2007.

PATEL, V.; PRINCE, M. Global Mental Health: a new global field comes of age. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 303, n. 19, p. 1976-1977, maio 2010.

PAULA, C. T. C. Perfil epidemiológico dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial na cidade de Recife. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 2, n. 4-5, p. 94-106, 2010.

PEREIRA, M. O. et al. Perfil dos usuários de serviços de saúde mental do município de Lorena - São Paulo. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 48–54, 2012.

PICKERSGILL, M. D. Debating DSM-5: diagnosis and the sociology of critique. **Journal of medical ethics**, Londres, p. medethics-2013-101762, 2013.

PORTUGAL, F. B. et al. Psychiatric morbidity and quality of life of primary care attenders in two cities in Brazil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 1, p. 23–32, mar. 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CORDEIRÓPOLIS. Hospital e Maternidade de Cordeirópolis. Disponível em: <<http://www.cordeirópolis.sp.gov.br/link.php?id=16>>. Acesso em: 24 abr. 2013.

PRINCE, M. et al. No health without mental health. **The lancet**, Londres, v. 370, n. 9590, p. 859-877, 2007

QUINDERÉ, P. H. D. **Atenção à saúde mental no município de Sobral-CE: Interações entre os Níveis de Complexidade, Composição das Práticas e Serviços**. 2008. 155f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) da Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2008.

RIBEIRO, J. M.; INGLEZ-DIAS, A. Políticas e inovação em atenção à saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4623–4634, dez. 2011.

RIBEIRO, M. O. P.; CACCIA-BAVA, M. DO C. G. G.; GUANAES-LORENZI, C. Atenção à saúde mental na estratégia saúde da família: recurso não reconhecidos. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 369–390, 2013.

RIBEIRO, M. S.; POÇO, J. L. C.; PINTO, A. R. A inserção da saúde mental na atenção básica de saúde. In: RIBEIRO, M. S. (Org.). **Ferramentas para descomplicar a atenção básica em saúde mental**. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2007.

RIBEIRO, M. S.; POÇO, J. L. C. Identificando problemas e rastreando transtornos em atenção básica à saúde mental. . In: RIBEIRO, M. S. (Org.). **Ferramentas para descomplicar a atenção básica em saúde mental**. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2007.

ROSAS PRIETO, A. M.; NARCISO ZARATE, V.; CUBA FUENTES, M. S. Primary health care characteristics: a view from family medicine standpoint. **Acta médica peruana**, Lima, v. 30, n. 1, p. 42–47, 2013.

SANTOS, E. G.; SIQUEIRA, M. M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 238-246, 2010.

SAPAG, J. C.; RUSH, B.; BARNESLEY, J. Evaluation Dimensions for Collaborative Mental Health Services in Primary Care Systems in Latin America: Results of a Delphi Group. **Administration and policy in mental health**, jun. 2014. doi 10.1007/s10488-014-0567-z

SARACENO, B. et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. **The Lancet**, Londres, v. 370, p. 1164-1174, 2007.

SCHMIDT, J. M. The concept of health – in the history of medicine and in the writings of Hahnemann. **Homeopathy**, Londres, v. 99, n. 3, p. 215-220, 2010.

SEVERO, A. K.; DIMENSTEIN, M. Rede e intersetorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 31, n. 3, p. 640–655, 2011.

SILVA, A. T. M. C. et al. A propósito da diversidade, cultura e saúde mental: novas dimensões para a compreensão da loucura. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, São Caetano do Sul, v. 61, n. 3, p. 435-438, 2012.

SOUSA, F. S. P. DE; SILVA, C. A. F. DA; OLIVEIRA, E. N. Serviço de Emergência Psiquiátrica em hospital geral: estudo retrospectivo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulos, v. 44, n. 3, p. 796–802, set. 2010.

SOUSA, F. S. P. et al. Tecendo a rede assistencial em saúde mental com a ferramenta matricial. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p 1579-1599, 2011.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P.; LUIS, M. A. V. Análise Documental e Observação Participante na pesquisa em saúde mental. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 25, n. 2. P 221-228, mai./ago. 2011.

SOUZA, J.; LUIZ, M. A. V. Demandas de Saúde Mental: percepção de enfermeiros de equipe de saúde da família. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 6, p 852-858, 2012.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TANAKA, O. T.; MELO, C.; **Avaliação de Programas de saúde do adolescente: um modo de fazer**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.

VICKERS, K. S. et al. Integration of mental health resources in a primary care setting leads to increased provider satisfaction and patient access. **General hospital psychiatry**, Nova Iorque, v. 35, n. 5, p. 461–467, jan. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Health Topics: Mental Health. Disponível em: <http://www.who.int/topics/mental_health/en/> Acesso em: 20 mar. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The World Health Report 2001**: mental health: new understanding, new hope. Genebra: World Health Organization, 2001.

WONG, O. L. Contextual barriers to the successful implementation of family-centered practice in mental health care: a Hong Kong study. **Archives of psychiatric nursing**, Filadélfia, v. 28, n. 3, p. 212–219, jun. 2014.

XAVIER, M. et al. 2264 – Portuguese mental health plan: where are we now? **European Psychiatry**, Paris, v. 28, p. 1, jan. 2013.

YIN, R. K. **Qualitative research from start to finish**. Nova Iorque: Guilford Press, 2011.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a participação na pesquisa

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a participação na pesquisa

Meu Nome é Loraine Vivian Gaino, sou aluna da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e gostaria de convidá-lo(a) à participar da pesquisa “Avaliação do atendimento das demandas de saúde mental a partir da implementação do apoio matricial no município de Cordeirópolis/SP” que está sendo desenvolvida sob orientação da Prof^a. Dr^a. Jacqueline de Souza.

A pesquisa objetiva avaliar o atendimento das demandas de saúde mental a partir da implementação do apoio matricial e de modo mais específico, como os profissionais de diferentes serviços da rede de saúde identificam e acolhem as demandas de saúde mental; quais os critérios de encaminhamento para serviços especializado de saúde mental e internação psiquiátrica; como os serviços se articulam enquanto rede para o atendimento das demandas de saúde mental. Espera-se, ao término da pesquisa, contribuir com informações que possam proporcionar melhorias no planejamento do apoio matricial e assistência em saúde mental no município.

Caso aceite o convite, o(a) senhor(a) participará de uma entrevista para responder um questionário contendo perguntas abertas, com duração aproximada de quarenta minutos. Também está convidado a participar de um *grupo focal* com duração média de 1h30min junto com outros profissionais que farão uma discussão sobre os temas da pesquisa já apresentados acima. A entrevista e o grupo focal serão gravados para transcrição posterior e melhor análise dos dados. Garantimos que a identificação será mantida em segredo e as gravações descartadas após a transcrição. A entrevista e o grupo focal serão realizados em local, horário e data previamente combinados entre o(a) senhor(a) e a pesquisadora. Os possíveis riscos de sua participação são algum constrangimento ou desconforto mediante questões da entrevista ou grupo focal, no entanto, o(a) senhor(a) pode deixar de responder as questões que não se sentir à vontade e mesmo desistir da participação a qualquer momento, se julgar necessário. Os dados do estudo poderão ser apresentados em eventos e/ou publicados em revistas científicas. Ressaltamos que apesar de sua colaboração não lhe trazer benefícios diretos, nem remuneração, contribuirá para reflexão sobre as práticas de saúde mental e possíveis melhorias nessa área.

Ao concordar em participar do estudo, o termo de consentimento será assinado pelo(a) senhor(a) e por nós, em duas vias, sendo que uma cópia ficará sob a guarda dos pesquisadores e outra será sua. A assinatura do termo declara que o(a) senhor(a) foi informado(a) sobre os procedimentos da pesquisa e que não terá benefícios diretos nem remuneração pela sua participação. Além disso, está ciente de seu direito de receber resposta a qualquer pergunta ou dúvida sobre o estudo, do direito de não ser identificado(a) e ter sua privacidade preservada, da liberdade de retirar o seu consentimento ou desistir da participação a qualquer momento sem que isso traga prejuízo ao senhor(a) e do respeito dos pesquisadores às suas opiniões e respostas e da garantia que o(a) senhor(a) não terá nenhuma despesa decorrente da participação.

Agradecemos sua colaboração.

Cordeirópolis, _____ de _____ de 2014

Assinatura do Participante

Pesquisadora: Loraine Vivian Gaino

Email: lorainegaino@gmail.com

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Jacqueline de Souza

Email: jacsouza2003@usp.br

Endereço para contato com as pesquisadoras: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto –
EERP- Universidade de São Paulo – USP – Avenida dos Bandeirantes, 3900 – Telefone (16)
3602-3422 – Ribeirão Preto, SP - BRASIL

APÊNDICE B- Entrevista semi-estruturada com os profissionais das unidades de saúde vinculadas diretamente ou indiretamente a rede de saúde mental:

<p style="text-align: center;">UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – USP</p> <p style="text-align: center;">ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO</p> <p style="text-align: center;">CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO MUNICÍPIO DE CORDEIRÓPOLIS/SP</p> <p style="text-align: center;">SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CORDEIRÓPOLIS/SP</p>

IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____

Número de identificação: _____

Idade: _____

Gênero: _____

Profissão: _____

Tempo de formação: _____

Local de Trabalho: _____

Função: _____

Tempo de execução de tal função nesta instituição: _____

Entrevistador: _____

Data da entrevista: ____/____/____

1. O que é para você saúde? E de saúde mental?
2. Como você identifica um caso de saúde mental?
3. O que você faz quando identifica um caso de saúde mental?
4. Quais casos você encaminha para serviços especializados para atendimento de saúde mental? Quais os critérios que você usa?
5. Tem algum exemplo de um caso que considerou como de saúde mental? Por que considera esse caso como de saúde mental?
6. Quando você tem uma dificuldade ou dúvida no atendimento à saúde mental quem ou onde você procura?
7. Quais recursos da comunidade ou do território que você pode considerar para o planejamento das intervenções de saúde mental? Por exemplo: outros serviços de saúde, ONGs, Igrejas, etc.
8. Como é para você trabalhar com a demanda de saúde mental?
9. Você sabe o que é apoio matricial? Pode me explicar o que é? O que você acha desse trabalho aqui no município?

ANEXOS

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO B – Ficha de triagem utilizada para encaminhamentos para o caps de outros pontos de atenção à saúde

**CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL
Encaminhamento
TRIAGEM**

Nome: _____

End.: _____

Tel.: _____

Local de Origem: _____

Data: ____/____/____

1. Motivo

☐ auto-agressividade	☐ comportamento alterado
☐ heteroagressividade	☐ ansiedade generalizada
☐ tristeza profunda	☐ insônia > 1 mês
☐ delírio, alucinações	☐ uso de drogas ou bebidas compulsivamente
☐ apatia	☐ ideação suicida
☐ perda apetite	☐ ausência de apoio social (familiar e outros)

2. No. de internações anteriores:

☐ nunca	☐ 2 a 5x
☐ 1x	☐ mais 6x

3. Quais medicamentos (psicotrópicos) em uso?

4. Comorbidades:

Nome médico ou responsável

Carimbo