



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

revista@saudedebate.org.br

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Brasil

Fernandes, Marli; Figueiredo, Regina; Bastos, Silvia; da Costa Rosa, Tereza Etsuko;
Salum e Morais, Maria de Lima; Feffermann, Marisa; Isoyama Venancio, Sonia
Desafios e perspectivas do SUS na Saúde Mental e as suas ocorrências em álcool e
drogas: uma análise qualitativa
Saúde em Debate, vol. 35, núm. 89, abril-junio, 2011, pp. 228-238
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406344813007>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Desafios e perspectivas do SUS na Saúde Mental e as suas ocorrências em álcool e drogas: uma análise qualitativa*

Challenges and perspectives of the SUS in the Mental Health and alcohol and drug problems: a qualitative analysis

Marli Fernandes¹, Regina Figueiredo², Silvia Bastos³, Tereza Etsuko da Costa Rosa⁴, Maria de Lima Salum e Moraes⁵, Marisa Feffermann⁶, Sonia Isovama Venancio⁷

¹ Mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; Psicóloga do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP). marlif@isaude.sp.gov.br

² Mestre em Antropologia Social e da Saúde; Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da SES/SP. reginafigueiredo@isaude.sp.gov.br

³ Doutora em Ciências, Infectologia e Saúde Pública pelo Instituto de Saúde da SES/SP; Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da SES/SP. silviabastos@isaude.sp.gov.br

⁴ Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP); Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da SES/SP. tererosa@isaude.sp.gov.br

⁵ Doutora em Psicologia pela USP; Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da SES/SP. salum@isaude.sp.gov.br

⁶ Doutora em Psicologia Social pela USP; Psicóloga do Instituto de Saúde da SES/SP. marisaf@isaude.sp.gov.br

⁷ Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP; Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da SES/SP. soniav@isaude.sp.gov.br

RESUMO Neste trabalho, discutem-se os principais fatores envolvidos no processo de referenciamento dos serviços e ações relativas às áreas de Saúde Mental, incluindo as ocorrências em álcool e drogas, sobretudo a pactuação entre os gestores e a elaboração de instrumentos de gestão, realizados no Sistema Único de Saúde (SUS). Com uma análise qualitativa das entrevistas de gestores de saúde estaduais e municipais, além das de técnicos responsáveis pela atenção em Saúde Mental, realizou-se um estudo dos modelos de atenção em saúde mental vigentes, apontando-se os desafios emergentes e as possíveis perspectivas inovadoras, com o intuito de assegurar a universalidade e a integralidade da atenção à saúde da população.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental; avaliação em saúde; regionalização; acesso aos serviços de saúde; recursos em saúde.

ABSTRACT This paper discusses the main factors involved in the referencing process of services and actions regarding the areas of Mental Health, including alcohol and drugs problems, mainly on agreements between managers and the development of management tools, carried out in the Unified Health System (SUS, acronym in Portuguese). With a qualitative analysis of interviews of state and municipal health managers, besides analysis from the technicians responsible for mental health care, we carried out a study of the current models of mental health care, pointing to the emerging challenges and possible innovative perspectives, aiming to ensure the universality and integrality of health care.

KEYWORDS: Mental health; heath evaluation; regional health planning; health services accessibility; health resources.

* Este artigo é um recorte do Projeto Referenciamento Regional: Compatibilizando Universalidade e Integralidade no SUS.

Introdução

Este artigo tem sua inspiração no projeto intitulado ‘Referenciamento Regional: Compatibilizando Universalidade e Integralidade no SUS’ e faz um segundo recorte, de abordagem eminentemente qualitativa, de análise relativa à linha de cuidado em saúde mental.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) vem se institucionalizando, tendo como modelo organizacional a descentralização e a responsabilização crescente do ente federativo menos central. Neste sentido, a garantia da cobertura universal e integral da saúde da população depende da cooperação dos demais entes federativos, propiciando a realização de procedimentos de difícil disponibilização pelo seu alto custo ou pelas características próprias do problema de saúde.

Tendo como modelo de atenção à saúde mental aquele preconizado pela Reforma Psiquiátrica, que propõe a substituição da internação em hospitais psiquiátricos e que privilegia o tratamento em serviços territoriais e de base comunitária, o artigo versa sobre uma análise aprofundada da organização e a consolidação das Regiões de Saúde, os fluxos de referenciamento e os pactos de gestão que cumpririam um dos princípios fundamentais do SUS – a integralidade da atenção à saúde mental.

Importância da abordagem da saúde mental no contexto de saúde

Dados epidemiológicos brasileiros revelam elevada prevalência de transtornos mentais entre a população que acessa a atenção básica no país: 35,5% do total dos usuários (BRASIL, 2005). Especificamente, no município de São Paulo, as queixas psíquicas são a segunda causa mais frequente de procura por atendimento básico (CEINFO/SMS, 2004).

Com relação à atenção básica, constata-se que, no Programa de Saúde da Família, 58% das equipes relatam atender casos de sofrimento psíquico (BRASIL, 2005). Percebe-se, em geral, um intervalo de cinco anos entre a detecção do problema em saúde mental ou de drogadição e a realização da primeira intervenção em saúde (BRASIL, 2004). A essa dificuldade de se obter, em curto intervalo de tempo, o diagnóstico diferencial seguido por tratamento adequado, ainda somam-

se outras inversões que desqualificam as intervenções nos serviços de saúde. Assim, diagnósticos referentes a doenças mentais primárias ou estruturais são tratados incorretamente como processos de transtornos mentais não estruturais e associados a fatores de risco, tais como uso abusivo de álcool e drogas psicoativas e vice-versa. Inclui-se a esta questão problemática — a de possível amálgama de diagnósticos — a produção de efeitos ineficazes, que se estabelecem no encaminhamento inefetivo dirigido às especialidades, ou mesmo, na atenção dos serviços de referência compostos pela rede em Saúde Mental.

Condições estruturais e práticas nas políticas de saúde mental

A política de Saúde Mental brasileira, desde 2001, tem adotado como pressuposto a Reforma Psiquiátrica, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002, p. 213). Os projetos são traçados com o objetivo de criar redes de serviços substitutivos de melhor qualidade, seguindo a lógica inversa à internação em hospitais psiquiátricos e promovendo a atenção estrutural, por meio dos Centros de Atendimento Psicossociais (CAPS) e da atenção à família em domicílio, organizações de cooperação, religiosa ou com produção de arte, entre outros.

A referência regionalizada dos serviços de saúde a partir da atenção básica para a média e a alta complexidade do sistema de Saúde é um dos efeitos do mecanismo de descentralização, cujos planos conceituais da integralidade e universalidade da atenção e da promoção da cidadania de seus usuários são concretizados e implantados, conforme previsto nas diretrizes do SUS.

Cabe ressaltar, como diz Lancetti (2005), que a lógica para a Saúde Mental trata-se de uma complexidade invertida. Normalmente, no sistema de Saúde, a hierarquização pode ser compreendida por processos simples, como programas de aleitamento materno, programas para diabéticos e hipertensos, enfim, todas as ações desenvolvidas em unidades básicas de saúde situadas no bairro em que as pessoas moram, pois são procedimentos de baixa complexidade tecnológica; os procedimentos realizados em centros cirúrgicos e hospitais de grande porte, como cirurgias de transplantes de órgãos e cirurgias cardíacas, são os de alta complexidade.

Ao contrário, na Saúde Mental, os procedimentos que ocorrem nas enfermarias, nos pátios dos hospitais, e as atividades desenvolvidas nas clínicas de usuários de drogas são procedimentos simples e que tendem à simplificação, tornam a própria vida do paciente cronificada, cada vez mais empobrecida, desvitalizada; já as ações que se dão no território geográfico e existencial onde o sujeito vive, em combinações com outros agenciamentos culturais, locais, composições artísticas etc., são ações muito mais complexas.

Isso também se aplica aos CAPS, que são dispositivos de alta complexidade, e na prática, apresentam um grande obstáculo a ser enfrentado: a centralização em si mesmo e sua pouca abertura para o território. Somada a estas questões, pontuamos, como Wetzel (2005), a necessidade das propostas que estimulem a inserção social, o resgate da autonomia e da identidade do usuário portador de sofrimento mental, além dos questionamentos constantes dos profissionais de Saúde Mental a respeito da sua atuação dentro dessa perspectiva. Ainda com relação aos usuários portadores de transtornos menos graves, Onocko-Campos (2005) aponta para a ausência de uma política mais efetiva que tenha como horizonte a implantação de políticas públicas abrangentes na Saúde Mental e que resulte na integralidade das ações entre a atenção básica e a rede substitutiva de apoio em Saúde Mental. Nesse contexto, realizou-se um estudo dos modelos de atenção em saúde mental vigentes, apontando-se os desafios emergentes e as possíveis perspectivas inovadoras, com intuito de assegurar a universalidade e a integralidade da atenção à saúde da população.

Método

O presente estudo é parte do Projeto de Pesquisa ‘Referenciamento Regional: Compatibilizando Universalidade e Integralidade no SUS-SP’ (Convênio FAPESP – CNPq – SUS), realizado em 2006, que teve como objetivo geral avaliar as práticas gestoras de referenciamento regional no estado de São Paulo. Mais detalhes sobre os procedimentos metodológicos da pesquisa estão descritos em outras publicações (VENANCIO; NASCIMENTO; ROSA; MORAIS; MARTINS; VOLOCHKO, 2009; MORAIS; FEFFERMANN;

FERNANDES; FIGUEIREDO; PAULA; VENANCIO, 2009; ROSA; BERSUSA; MONDINI; SALDIVA; NASCIMENTO; VENANCIO, 2009).

Vale assinalar que, a partir de dezembro de 2006, as regiões de saúde do estado de São Paulo foram redimensionadas e passaram a ser denominadas, desde então, de Departamentos Regionais de Saúde (DRS). Entretanto, o presente projeto de pesquisa foi desenvolvido na configuração anterior, com 24 regiões de saúde, denominadas Direções Regionais de Saúde (DIR), mantendo-se, assim, essa denominação neste artigo. As DIR selecionadas para o estudo foram Campinas, Piracicaba, São José do Rio Preto, Mogi das Cruzes e São José dos Campos.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas realizadas com gestores regionais e municipais de Saúde e técnicos e coordenadores da área de Saúde Mental, abordando a situação de Saúde Mental da região e ocorrências de álcool e drogadição. Foram incluídas as informações sobre a estrutura de serviços e o sistema de referenciamento da Atenção Básica para os serviços de média e de alta complexidade, a partir das seguintes categorias de análise: relações de pactuação entre gestores e suas iniciativas de avaliação; instrumentos de avaliação e gestão utilizados; mecanismos formais e informais de pactuação; fatores que facilitam e dificultam a pactuação diante da condição de formalidade ou informalidade; percepção dos gestores e atores sociais e formas de superação de dificuldade.

Os procedimentos de análise qualitativa utilizados para a coleta de dados inserem-se no modelo de pesquisa avaliativa (CONTANDRIOPOLUS, 1994) com caráter estratégico (BULMER, 1978 apud MINAYO, 1996), cujo interesse central foi a referência para atenção secundária e terciária em saúde e a contrarreferência e os mecanismos em operação para tornar possíveis esses processos, no âmbito da regionalização do sistema de Saúde. Assim, dimensionamos na grade de informações o plano municipal e sua complementaridade interrelacionada aos planos de saúde, regional e estadual, bem como a importância de outros níveis não municipais que possibilitem o referenciamento de média e alta complexidade.

As entrevistas não foram diretas e específicas (verticalizadas), mas sim semidirigidas (horizontalizadas),

permitindo maior emissão de opiniões do entrevistado. Foram realizadas especialmente com gestores regionais e municipais, conforme os critérios de seleção do projeto. Para análise dessas, adotou-se a técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2002), verificando-se a transversalidade temática, buscando-se oferecer respostas aos objetivos definidos pela pesquisa e vinculá-las ao tema pertinente (heurística). Os processos de referência foram classificados segundo sua condição de serem formais ou informais, ampliando-se a compreensão do contexto das regionais de Saúde nas questões que envolvem o estabelecimento de referências e contrarreferências. Destacaram-se nesta análise a situação geral da referência, a pactuação entre gestores, a inclusão de ações em saúde mental no Plano Diretor Regional (PDR) e Programação Pactuada Integrada (PPI), atores envolvidos no processo de referenciação e seus instrumentos de gestão e as iniciativas de avaliação.

Vale assinalar que as discussões deste artigo incluem o retrato da situação de assistência em saúde mental e a análise da evolução da implantação da Política Nacional de Saúde Mental no período de 2003 a 2006, realizadas por meio de estudo de indicadores de saúde do sistema oficial de dados do DATASUS. Este trabalho foi produzido por Moraes *et al.* (2009) num primeiro recorte de análise da linha de cuidado em saúde mental do projeto original do qual também se vale o presente artigo. Os referidos autores verificaram que, de forma geral, a proposta de mudança no modelo de atendimento em saúde mental não repercutiu significativamente na produção da rede substitutiva e que o número de internações ainda é grande na maior parte das regiões pesquisadas, mantendo-se a hegemonia do modelo biomédico e hospitalocêntrico.

Assim, este artigo buscou evidenciar, num primeiro momento, os resultados da etapa avaliativa-qualitativa da pesquisa, em que se adotou a técnica de análise de conteúdo das entrevistas. Note-se que essa forma de coleta de dados foi escolhida porque permite a comunicação como processo e não como algo fixo, ampliando-se e desviando-se das estruturas e dos elementos formais de registros de indicadores e dados (MINAYO, 1996). Num segundo momento, realizou-se uma análise do ‘diagrama transversal’ entre as DIR, por meio da aplicação do método fenomenológico.

Considerando-se que a investigação fenomenológica não se limita aos modos exclusivos de um modo de saber preconcebido, e que não se esgota na circunscrição do investigável, pode-se construir uma ampla discussão das questões problemáticas da pesquisa avaliativa original, o que produziu perspectivas inovadoras dispostas nas recomendações deste artigo. Reconhece-se que as análises do diagrama transversal tiveram como ponto de partida as entrevistas horizontalizadas, possibilitando perceber a importância de ‘como se mostrava aquela realidade’, em seus níveis informais ou formais, articulados às práticas dos trabalhadores da saúde e das práticas gestoras. Faz-se necessário ressaltar que a análise qualitativa aqui realizada traduz uma experiência investigativa própria do método fenomenológico, pois exige do pesquisador uma posição atenta na descrição dos fenômenos e não explicações que possam advir do uso de conceitos pré-estabelecidos, nem ‘teorias antecipadas’.

O projeto ‘Referenciamento Regional: Compatibilizando Universalidade e Integralidade no SUS-SP’, anteriormente citado, foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, e todas as pessoas entrevistadas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Não existiu nenhum tipo de conflito de interesses para o desenvolvimento da pesquisa.

Resultados e discussão

Instrumentos de gestão de referenciação em Saúde Mental

Neste estudo, foram analisadas as questões sobre as ferramentas formais de gestão de referenciação, estabelecidas pelas Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS/2001) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), quais sejam o PDR e o PPI, articulados ao esforço gestor com relação ao referenciação em Saúde Mental. Todas as DIR relataram o processo de construção desses instrumentos; porém, as referências e contrarreferências acabam sendo informais, e a implementação dos mesmos mostrou-se insatisfatória. Conferimos no depoimento de um dos entrevistados como foi o PDR em relação à Saúde Mental:

A referência em Saúde Mental não está incluída nos PDR e a única pactuação em Saúde Mental existente no Estado de São Paulo é a de internação em hospitais psiquiátricos. (Gestor Municipal e Regional).

O foco da atenção em Saúde Mental está voltado, praticamente, única e exclusivamente para a criação dos equipamentos (CAPS) preconizados pela Reforma Psiquiátrica e pela Política Nacional de Saúde Mental, implementados com iniciativas federais e municipais. Apesar da ampliação dessa rede de serviços, a pactuação na atenção e o referenciamento de casos só existem para a internação de emergência, determinada pela central de vagas via DIR, gerenciada por um sistema de referenciamento formal. Mesmo nesses casos, não se pode afirmar que a pactuação é suficiente para todas as DIR aqui pesquisadas.

Isso significa que – em que pesem os avanços pretendidos no processo de descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde no SUS com os instrumentos de gestão de referenciamento – estes não se alinham às transformações nos campos teórico-técnico-assistenciais ocorridas na Saúde Mental.

A internação psiquiátrica como única pactuação a ser incluída nos PDR pode ser explicada se seguirmos a mesma lógica do referenciamento em outras linhas de cuidado, em que o sentido crescente dos níveis de complexidade parte da atenção básica para os ambulatórios de especialidades, chegando aos hospitais. Entretanto, como comenta Lancetti (2005), a complexidade na Saúde Mental é invertida e, portanto, parece haver a necessidade de outros instrumentos de gestão para o referenciamento na Saúde Mental.

Outro aspecto que podemos destacar é que, apesar da sensível queda no número de leitos psiquiátricos (BOTEZA, 2002; MORAIS; FEFFERMANN; FERNANDES; FIGUEIREDO; PAULA; VENANCIO, 2009) e da intensa construção de novos serviços extra-hospitalares em Saúde Mental (ANDREOLI; ALMEIDA-FILHO; MARTIN; MATEUS; MARI, 2007; MORAIS; FEFFERMANN; FERNANDES; FIGUEIREDO; PAULA; VENANCIO, 2009), estes ainda não

têm sido eficientes no sentido de evitar a internação de pacientes em sofrimento psíquico, como apontaram os entrevistados:

O CAPS I e CAPS II, não sustentam as demandas de internações psiquiátricas especialmente porque não atendem 24 horas. (Informante Municipal).

A prática cotidiana dos serviços e dos profissionais também revela o descompasso entre a aspiração de substituição do modelo hospitalocêntrico e a reafirmação do modelo tradicional. Conforme relato dos gestores, a operacionalização das ações se perde entre as discussões das muitas dificuldades, sobretudo diante das diversidades existentes entre os municípios. As principais necessidades correspondem a variações territoriais, populacionais e sociais, numa cartografia heterogênea composta entre municípios caracterizados como ‘muito pequenos’ em oposição aos ‘grandes’, estes últimos, em geral, municípios polos, referências de cada região. Confirma-se aqui o que Onocko-Campos e Gama (2008) afirmam:

a falta (ou diríamos, distorção) de diretrizes do Ministério da Saúde, a falta de preparo técnico do profissional, as precárias condições de trabalho, a falta de investimento dos gestores, dentre outros, fazem com que a demanda de Saúde Mental não encontre uma escuta qualificada e muitas vezes seja tratada apenas com medição, produzindo-se assim uma medicalização do sofrimento. (p. 224).

Alguns informantes queixam-se que o sistema de referenciamento não tem resolubilidade, porque as regionais têm um viés meramente administrativo e não territorial e analítico quanto ao fluxo de pessoas, à realidade da região, seus municípios e suas demandas:

Para se ter esta resolubilidade se faz necessário analisar o que a região oferece, o fluxo das pessoas, a cultura local. Em São Paulo ainda estamos na época dos ERSAS. (Informante Regional).

Ademais, apesar do afloramento de uma nova configuração no panorama da rede de serviços alternativos ao manicômio, a internação em hospitais psiquiátricos como forma de tratamento da loucura ainda é muito forte. Se, por um lado, os mecanismos formais de referenciamento em Saúde mostram-se inadequados para a Saúde Mental, por outro, observou-se que gestores e técnicos encontram formas ‘alternativas’ para driblar a falta de infraestrutura e de investimento na oferta de serviços substitutivos e realizar os encaminhamentos necessários à atenção nesta área. Em vários municípios, ouvimos entrevistados referirem-se a termos tais como ‘protocolinhos’ e ‘PPIzinha’, que conotam mecanismos informais de referenciais para outros serviços/municípios, principalmente no encaminhamento de crianças e portadores de deficiência mental grave. Também valem-se de ‘contatos de amigos’ como negociação de encaminhamentos de pacientes em serviços especializados em outros locais, além de estratégias como repasse de verbas entre gestores de municípios diferentes.

Evidentemente, existe a percepção, entre gestores e técnicos, de que a rede de serviços de referenciamento precisa ser não só rediscutida, mas informada para o usuário, que tem dificuldade de visualizar o seu todo e, portanto, de acessá-la:

Redesenhar a rede em Saúde Mental incluindo o que é privatizado no sistema, especialmente que esta falta de comunicação no sistema enfraquece o SUS. Nós gestores temos dificuldade de entender esta linha de cuidado, imagina o usuário. (Gestor Regional).

Outro aspecto que vale ser destacado é a visível diferença de infraestrutura e de recursos humanos entre os municípios e entre regiões. Por exemplo, iniciativas como a criação de um colegiado de especialidades em Saúde Mental, observado na DIR XII - Campinas. A ideia da formação do Colegiado, juntamente com os relatórios avaliativos de gestão e os planos municipais e regionais de saúde, foi de construir estratégias de superação da informalidade para as referências em Saúde Mental. Há reconhecidos esforços dos gestores da área; porém, fica claro o distanciamento nos direcionamentos temáticos e as dinâmicas discutidas:

porque a gente não é um colegiado, no fundo, não é um colegiado, se chama de colegiado mas não tem uma relação entre nós, não nos conhecemos suficientemente. (Técnico da área de Saúde Mental).

Portanto, não obstante o empenho dos seus componentes na manutenção e sustentação desse colegiado, a escolha dos temas e as discussões são recebidas com restrições pelos trabalhadores de saúde. Estes alegam que as decisões, com raras exceções, mostram-se distantes da realidade local, das dificuldades diárias e da não solução de necessidades mais simples, como a contratação de psiquiatras, falta de veículo para a locomoção dos pacientes, etc. Soma-se a essa situação o contexto de dificuldades dos municípios menores e mais distantes de participarem das reuniões do Colegiado, os quais se ressentem, essencialmente, da falta de comunicação das ‘decisões’ tomadas pelo grupo.

Essa problemática, observada claramente no exemplo acima e em outras DIR, com pequenas nuances diferenciais, não se restringe apenas à falta de identificação e do pouco envolvimento com as necessidades ‘práticas’. Estas ‘desconexões’ se reproduzem num efeito coletivo e regionalizado; observa-se uma postura de não-pertencimento, um distanciamento que, em certa medida, tem potencial de cristalizar as dificuldades já existentes em cada serviço, município ou região.

Um exame mais cuidadoso da situação exposta, talvez, possa nos revelar o que já se vem discutindo no campo da Saúde, inclusive da Saúde Mental, que é a superespecialização e a lógica enraizada do encaminhamento, principalmente no contexto da atenção básica. Coloca-se, aqui, à tona a incapacidade, por diversos motivos, de uma equipe de saúde de sobrepor a lógica da corresponsabilidade pelo paciente à lógica do encaminhamento, utilizando-se de serviços e de seus cardápios de programas e ofertas já estabelecidos, sem levar em consideração as necessidades dos sujeitos e de seus relacionamentos no interior das famílias e do território (FIGUEIREDO; ONOCKO-CAMPOS, 2009).

À situação anteriormente exposta se interpõem algumas iniciativas inovadoras, como as observadas em Novo Horizonte (DIR XII), que, preocupando-se em

reduzir a demanda de referenciamento, tem privilegiado ações de atenção descentralizada, com articulação de outras áreas de atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS), Programa Saúde da Família (PSF) e também intersetorial, com envolvimento de secretarias de assistência social, cultura, além de organizações não-governamentais (ONG) e associações locais.

O papel coordenador do nível estadual no referenciamento

Após a descentralização e municipalização dos serviços e ações de saúde no SUS, a efetivação do princípio organizacional da integralidade, por meio da adoção de mecanismos eficazes de regionalização e da hierarquização da atenção à saúde, encontra barreiras. Além das dificuldades anteriormente expostas, outros entraves ficam notáveis no tocante ao papel coordenador do nível estadual nesse processo e aos recursos financeiros.

Considerando-se que, apesar do financiamento do SUS para todos os municípios brasileiros ser feito com os recursos dos três níveis de governo, é visível, segundo os registros obtidos nesta pesquisa, que a participação da Secretaria de Estado da Saúde é pequena e, portanto, insuficiente. Isso é apontado pelos gestores municipais como um dos elementos que contribuem para a dificultação do processo de construção do SUS neste estado.

Observou-se, em diversas falas, que o papel da esfera estadual fica aquém das necessidades de cooperação técnica, financeira e de coordenação de parcerias, principalmente visando à integração dos municípios menores, com menos condições estruturais e, portanto, mais excluídos da rede de serviços, embora o gestor regional demonstre ciência sobre esta situação e aponte alguns caminhos para a solução:

[...] porque se a gente colocar mais dinheiro no sistema do jeito que ele está hoje, ele vai reproduzir iniquidade, você vai dar mais para o prestador que já faz muito, e você vai ter região do estado que continua sem recurso, então é fundamental caminhar junto a esses dois processos, da gestão, da regionalização, da pactuação, e do aumento de recurso financeiro. (Gestor Regional).

Geralmente, os mecanismos de cooperação técnica e logística interna nas DIR são feitos com empréstimos de funcionários, doação de material, encaminhamentos hospitalares e intervenções pontuais para serviços de Saúde Mental, incluindo os problemas de abuso de álcool e drogas.

Atores envolvidos no processo de referenciamento em Saúde Mental

Segundo os entrevistados, os atores envolvidos no processo de referenciamento na área de Saúde Mental pertencem a vários segmentos sociais, tanto do poder público, quanto da sociedade civil e universidades.

Todas as regiões demonstram procurar, cada uma a seu modo, mobilizar apoios locais na implementação das Políticas de Saúde Mental, incluindo os apontados nas diretrizes da Reforma Psiquiátrica. No entanto, reconhecem que quase nada tem mudado e o modelo de atenção centrado na internação tem permanecido:

O CAPS AD numa cidade não consegue..., então ele acaba atendendo ou quem está bem ou, como ele também não tem leitos, ele não compete também muito. (Informante Municipal).

Os Hospitais Universitários (HU) são referidos em vários momentos, ora como problema, ora como solução para a atenção em Saúde Mental, representando uma ambivalência quanto à integração com o SUS. Os hospitais conveniados atuam, muitas vezes, sem observância das diretrizes do SUS e das de humanização do atendimento em Saúde Mental. O Colegiado de Saúde Mental de Campinas, local onde o HU tem papel protagonista, tem organizado reuniões e discussões com os demais atores locais, e a estratégia tem se mostrado efetiva para superar a baixa efetividade dos instrumentos formais de gestão do referenciamento na região.

Prevenção em Saúde Mental?

Ainda é tímido o comprometimento com as ações de Prevenção em Saúde Mental no sentido de resgatar e ampliar vários serviços da rede de apoio focalizando a relação intersetorial, ou seja são modos de se fazer prevenção de

saúde como um conceito e uma prática ampliada de saúde, algo para além da saúde mental. Trata-se de um trabalho solidário, articulado a ONG, Secretaria de Assistência Social, grupos de comunidade, e sobretudo um reforço nas oficinas de geração de renda com a implementação das bolsas de trabalho que ampliam e modificam realmente as condições de vida da comunidade. (Informante Municipal).

O depoimento acima parece expressar uma frágil compreensão da noção de prevenção e de quais ações em prevenção têm sido empreendidas historicamente no campo da Saúde Mental entre nós. Devemos considerar que a primeira vez que se fala em prevenção neste campo, no contexto brasileiro, é no final da década de 1970 e, sobre tudo, meados da de 1980, do século passado, com base nos princípios da Psiquiatria Preventiva norte-americana (CAPLAN, 1980). Na proposta preventivista, há um modelo estrito, no qual se pretendem neutralizar ‘as circunstâncias perniciosas antes que elas tenham a oportunidade de causar a doença’ (p. 40). Algumas contribuições críticas sucederam-se ao preventivismo, embora sem chegar a um modelo alternativo aplicável (SAMPAIO, 1998; LANCETTI, 1989). Talvez por isso essa indefinição nas falas dos profissionais, embora no tema da prevenção em Saúde Mental distinga-se claramente a prevenção da doença da promoção e da produção de saúde.

O depoimento parece, ainda, circunscrever-se a um sentido amplo de promoção de saúde, sendo que este aponta mais para a definição de saúde ampliada da 8ª Conferência Nacional de Saúde do que para a prevenção em Saúde Mental.

Entende-se que as ações intersetoriais de promoção de saúde realizadas por meio de parcerias com escolas, programas de Saúde da Família, Secretaria da Assistência Social, etc. podem e devem ser realizadas nos municípios, desde que eles tenham algum recurso em Saúde Mental. Entretanto, percebe-se que há uma dificuldade de articulação de gestores e profissionais de saúde na organização e definição de políticas e estratégias locais, que costumam ser substituídas pelas urgências e necessidades do dia-a-dia. Em síntese, o desenvolvimento dessas ações só ocorre em municípios de maior porte, provavelmente por reuniarem melhores condições para isso, tais como existência

de profissionais de saúde formados e capacitados e de disposição do gestor em investir em tais ações e em facilitar a formação de parcerias. Reforça-se também que, aparentemente, a possibilidade de ações mais complexas associa-se à presença de CAPS no território.

Isso se confirma pela estratégia utilizada pelos pequenos municípios de encaminhar os seus pacientes para os que já possuem serviços referenciais, como os ambulatórios e os CAPS. Esses encaminhamentos nem sempre têm um efeito positivo, uma vez que a rede substitutiva em Saúde Mental já apresenta uma alta demanda de usuários, somada à precariedade no número, registrada em todo o Estado de São Paulo.

No contexto das práticas de atenção psicossocial, algumas iniciativas muitas vezes convergem para esforços de recuperação de direitos de cidadania e do poder de contratualidade realizados por meio de práticas e políticas de geração de renda e de promoção social:

Através do centro de convivência, que são locais que tem oficinas, atividades de lazer, etc, que a gente está tentando, nós já temos nove centros de convivência em Campinas, então a gente vem tentando multiplicar esses locais, junto com as ONG, junto com os grupos da comunidade, e as oficinas de geração de renda, mas não tem prevenção, em saúde mental, só tem geração de renda, então a gente, tem feito oficina mais protegida, pra pessoas que são mais prejudicadas na saúde mental, que não recebem bolsas trabalho através das oficinas de trabalho que chamamos de ‘mais abertas’, nós estamos fazendo um trabalho conjunto com a Secretaria de Assistência Social, que tem um setor de trabalho solidário e a gente tá fazendo um conjunto, tem um plano municipal de trabalho solidário de saúde mental. (Gestor Municipal).

Especificidades de atenção em álcool e drogas

Perante o crescente aumento do uso abusivo de álcool e de substâncias psicoativas (SILVA, MALBERGIER; STEMPILUK; ANDRADE; ANDRADE, 2006), o Ministério da Saúde assume que o uso de álcool e outras drogas são um grave problema de saúde e elabora, a

partir de 2004, a Política de Álcool e Drogas (BRASIL, 2004). As diretrizes traçadas nessa política seguem as mesmas propostas pela Reforma Psiquiátrica e explicitam a compreensão das implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas que tem o problema da dependência química. Nesse sentido, na prática cotidiana dos profissionais de saúde, há uma percepção geral da insuficiência de serviços para Saúde Mental e também dos limites de atuação para especificidades, como os CAPS-AD (álcool e drogas). Para alguns profissionais de saúde, fica clara a necessidade de implantar ações preventivas e realmente inovadoras no sentido de reduzir a incidência de casos de drogadição e da cronificação de pacientes psiquiátricos. Concordam com Amarante (2003) quando o autor aponta a necessidade de se dar suporte integral à vida do usuário ou do paciente psiquiátrico e de suas famílias, criando novas práticas sociais de se lidar com a doença, ultrapassando o teorizar e o interviro clínico e reforçando a inserção destes usuários com outros dispositivos não assistenciais (cooperativas, associações, clubes, centros de convivência, centros de cultura, etc.).

Entretanto,

O alcoolista e o drogadito, o dependente químico, ele está desassistido, no estado de São Paulo inteiro, eu acho, tem uma dúzia de grandes municípios que têm CAPS AD. (Informante Regional).

O CAPS AD, nas cidades maiores, nos casos que eu tive, ele acabou sendo pouco potente para os casos realmente complexos, que não aderem e que tem uma situação de vida já de muitas perdas, muitas rupturas. (Informante Regional).

Numa cidade pequena, como Amparo (...), eu tenho expectativa que a gente consiga fazer uma outra ponte com as situações de vida, porque é mais perto, e com as Unidades de Saúde da Família... (...) dar conta de atendimento intensivo, o suporte de um espaço mais protegido,

de situações clínicas, mas que também você consiga significar mais na vida. (Informante Municipal).

Do mesmo modo, outras possibilidades estão sendo percebidas no enfrentamento da atenção à dependência química:

Talvez um CAPS AD não seja mais efetivo numa cidade pequena, não consigo ter essa certeza. A questão da dependência, ainda é mais frágil enquanto construção, do que em relação ao transtorno mental grave. Para mim também é enquanto construção pessoal, mas acho que a política ainda é mais fraca. (Informante Municipal).

Por outro lado, dificuldades na compreensão do novo modelo de assistência que propõe a diminuição das ações interventivas e de hospitalização ainda estão presentes na avaliação dos próprios CAPS, demonstrando inadaptação ao modelo de atenção à Saúde Mental preconizado no SUS:

Os leitos no hospital geral de no máximo 24 ou 72 horas, ou 15 dias de permanência, que em relação aos ditos loucos, ainda não é uma boa proposta, porque você continuaria remitindo sintomas e não resignificando na vida. Então um CAPS 24h é o fundamental. Em relação ao CAPS AD, talvez faça algum sentido, só que você desintoxica e volta, num hospital você desintoxica e ele fica, prevenindo uma recaída quando ele não está nem em contato com a droga. (Informante Regional).

Recomendações: desafios e perspectivas

- Quanto à regionalização da atenção em saúde: apesar das normatizações estabelecidas pelo Ministério da Saúde, ainda se reafirma a necessidade de se redefinir e implantar o processo de pactuação e de regionalização juntamente com um novo

- desenho das regiões, o que significa que a região do Pacto não é uma estrutura administrativa e, sim, um espaço, um território que dê conta da integralidade das ações. Enfatiza-se, mais uma vez, que a atenção básica deve ter a competência de resolver a maioria dos problemas, de acordo com a necessidade do usuário. Nesse caso, aponta-se, como Onocko-Campos (2005), a necessidade de uma política mais efetiva, que tenha como horizonte a implantação de políticas públicas abrangentes na Saúde Mental e que resulte na integralidade das ações entre a atenção básica e a rede substitutiva de apoio em Saúde Mental;
- Quanto à desconexão das discussões e propostas discutidas em colegiados e às necessidades, diversidades e falta de comunicação observadas nos serviços, recomenda-se a análise e revisão coletiva de serviços e dos sistemas de gestão. A troca de experiências é fundamental e deve ser estimulada, para que seus apontamentos possam ser considerados e colocados em prática, juntamente à discussão de suas possibilidades. Cabe ressaltar que a responsabilidade de sensibilização e o comprometimento de resolução dos problemas da área é dever de todos – gestores e profissionais – e deve ser estimulada paralelamente ao esforço integrado nos diversos planos da Política de Saúde Mental, inclusive na construção de uma nova política de Recursos Humanos, focalizando o espaço de criação das equipes, construções de identidades coletivas e de subjetividades;
 - Quanto ao papel da esfera estadual, verifica-se que é necessária uma ação mais direta e eficaz da gestão estadual na promoção da cooperação técnica, financeira e na coordenação em parceria com municípios, especialmente a rede de serviços, garantindo a integralidade da atenção à saúde, sobretudo em municípios menores;
 - Quanto à participação das diferentes esferas de Saúde Mental, é necessária a construção de modelos de gestão menos verticalizados, onde os municípios e regionais utilizem-se de articulações locais, como foi feito, por exemplo, na DIR Campinas com o PSF, buscando estratégias práticas e legais para a ampliação de suas ações e utilizando estratégias de educação em saúde e atividades em grupo, além de visitas domiciliares e intervenções intersetoriais;
 - Quanto à atenção em Saúde Mental nos casos de crises nas psicoses, na drogadição e no alcoolismo, é preciso criar novos CAPS III, que apresentem maior resolubilidade em relação ao CAPS I e II, bem como a capacitação das equipes dos serviços de referência em Clínica Geral, especialmente como prevenção de internação em hospital psiquiátrico. Um dos exemplos inovadores seria a criação de retaguardas noturnas em pronto-socorros de hospitais gerais;
 - Quanto à promoção em saúde (mental), deve-se promover e melhorar as ações de saúde (mental) por meio de incentivos financeiros e organizacionais nos níveis estaduais e municipais, resgatando-se o conceito de promoção para além do processo biológico de saúde/doença. É preciso também viabilizar a construção de autonomia dos usuários individual e coletivamente, por meio de intervenções intersetoriais, potencializando os planos sociais e culturais, articulados aos programas como geração de renda, de volta para casa, bolsa de trabalho, atividades de lazer, centros de convivência, cooperação técnica entre outras secretarias, associações não governamentais, etc.
 - Quanto à democratização dos sistemas de informação, é preciso criar e ativar o sistema de comunicação dirigido à população que necessita destes serviços e democratizar o funcionamento do sistema em redes para a Saúde Mental;
 - Quanto à capacitação e implantação de qualificação do trabalho dos profissionais e dos serviços de Saúde Mental, é importante promover qualificação e atualizações, por meio dos cursos de capacitação em todos os níveis da rede de cuidados em Saúde Mental, estimulando a responsabilidade compartilhada dos casos e excluindo a lógica do encaminhamento.

Referências

- AMARANTE, P. Manicômio e Loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, M. I. A., SCARCELLI, I. R.; COSTA, E. S. (Org.). *Fim de século: ainda manicômio?* São Paulo: IPUSP, 2003. p. 46-52.
- ANDREOLI, S. B. et al. Is psychiatric reform a move for reducing the mental health budget? The case of Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 1, p. 43-46, 2007.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2002. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro.
- BOTEGA, N. J. Psychiatric units in Brazilian general hospitals: a growing philanthropic field. *Int Soc Psychiatry*, v. 48, p. 97-102, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde NOAS-SUS 01/2001, Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- _____. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental Dape; 2005. *Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. 2. ed, revista e ampliada, Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde Comissão Organizadora da III CNSM. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.
- CAPLAN, G. *Princípios de Psiquiatria Preventiva*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.
- CEINFO. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. São Paulo, 2004
- CONTANDRIOPULUS, A. *Saber Preparar uma pesquisa*. São Paulo. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1994.
- FIGUEIREDO, M. D.; ONOCKO-CAMPOS, R. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n.1, p. 129-138, 2009.
- LANCETTI, A. *Clinica Peripatética*, São Paulo: Huccitec, 2005.
- LANCETTI, A. Prevenção, preservação e progresso em Saúde Mental. In: LANCETTI, A. et al. *Saúde Loucura*. São Paulo: Hucitec, 1989, p. 75-89.
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 4. ed. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1996.
- MORAIS, M. et al. Um estudo avaliativo das ações de Saúde Mental no Estado de São Paulo. *Saúde em Debate*, v. 33, n. 81, p. 112-118, 2009.
- ONOCKO CAMPOS, R. et al. Pesquisa avaliativa da rede CAPS de Campinas: entre a saúde mental e a saúde coletiva. 2005. Disponível em: http://www.fcm.unicamp.br/grupos/saude_mental/pesquisa_avaliativa.php. Acesso em out. 2009.
- ONOCKO CAMPOS, R; GAMA, C. Saúde Mental na atenção básica. In: CAMPOS G. W. S.; GUERREIRO, A. V. P. *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 221-246.
- ROSA, T. E. C. et al. Integralidade da atenção às doenças cardiovasculares e diabetes mellitus: o papel da regionalização do Sistema único de Saúde no estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 12, n. 2, p. 158-171, 2009.
- SAMPAIO, J. J. C. *Epidemiologia da imprecisão: processo saúde/doença mental como objeto da epidemiologia*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- SILVA, L. V. E. R. et al. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, n. 2, p.280-288, 2006.
- VENANCIO, S. I. et al. Disponível em http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3363[Acesso em jul. 2009].
- WETZEL, C. *Avaliação de serviço em saúde mental: a construção de um processo participativo*. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2005.

Recebido para publicação em Abril/2009

Versão definitiva em Novembro/2009

Conflito de interesses: Inexistente

Supporte financeiro: FAPESP-CNPq-SUS Processo 2005/58542-7