

# Acesso à Saúde Mental em Itajubá/MG

## Access to Itajubá Mental Health

**Marcela Campos Carvalho**

**Pedro Gabriel Godinho Delgado**

### Resumo

O objetivo deste artigo foi mapear e analisar os facilitadores e as barreiras de acesso ao tratamento na rede de saúde mental da microrregião de Itajubá/MG. A metodologia pautou-se na triangulação dos métodos, combinando a abordagem quantitativa e qualitativa de pesquisa. O maior facilitador ao acesso ao tratamento em saúde mental tem sido a atuação da Estratégia de Saúde da Família. A falta de 'vontade política', isto é, uma intervenção mais clara e efetiva da gestão pública da saúde, foi identificada como a maior barreira a ser enfrentada na microrregião, especialmente por falta de organização e planejamento das ações em saúde mental.

### Palavras-chave

Acesso, Saúde Mental.

### Abstract

*The article aimed to map and analyse the facilitators and barriers to treatment in the mental health network of Itajubá/MG and its adjacent micro-region. The methodology was based on the triangulation of methods, combining quantitative and qualitative research. It was found that the main facilitator to treatment has been the performance of Family Health Strategy. The lack of political will, by its means, a clear and more effective intervention of the public health management, was identified as the major barrier to be faced in the micro-region, especially due to lack of organization and planning in the actions towards mental health.*

### Keywords

*Accessibility, Mental Health.*

### Marcela Campos Carvalho

Psicóloga. Especialização em Psicanálise e Linguagem pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Mestre em Saúde Mental pela Universidade Nova de Lisboa – Portugal.

### Pedro Gabriel Godinho Delgado

#### IPUB/UFRJ

Docente do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Doutorado em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo (USP).

## Introdução

O tema do acesso à saúde tem sido debatido mundialmente, entre os níveis individuais, locais, regional/nacional e global, devido ao enorme vazio assistencial (treatment gap) no setor da saúde e saúde mental (OMS, 2008). No mundo, mais de 400 milhões de pessoas sofrem de transtornos mentais e mais que 2/3 dentre estas pessoas não recebem tratamento (SARACENO et al., 2009). Estudos epidemiológicos na América Latina demonstram existir uma significativa lacuna assistencial em saúde mental: 59% das pessoas com depressão, 64% das pessoas com transtorno bipolar, 63% com distúrbios da ansiedade e 37% das pessoas com esquizofrenia, não têm acesso a qualquer tipo de tratamento (CALDAS ALMEIDA et al., 2010).

No Brasil, aproximadamente 6 milhões de pessoas (3% da população) sofrem com transtornos mentais graves e persistentes, exigindo uma rede assistencial diversificada e efetiva. Dados apresentados por Schmidt et al. (2011) mostram que: 30% dos brasileiros relatam sintomas de estados mistos de depressão e ansiedade; a incidência estimada para psicose é de cerca de 15 por 100.000 pessoas/ano, com um alto índice de suicídio associado.

As diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), baseadas na universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade de assistência, preservação da autonomia, igualdade da assistência, direito à informação, participação da comunidade e descentralização político-administrativa, potencializam as possibilidades do acesso à saúde. Com as novas políticas adotadas, como a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), a implementação de tais diretrizes tornou-se ainda mais promissora (BRASIL, 2009).

O atendimento às pessoas com transtorno mental é regido pela Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental brasileiro. A Reforma Psiquiátrica procurou suplantiar o cenário histórico de desassistência e maus tratos, produzido pelo modelo asilar, através da substituição de serviços hospitalares por serviços de base comunitária e pela mudança de paradigma no modo de tratar as pessoas com transtorno mental. Nas últimas décadas foram criados diversos dispositivos baseados na comunidade, formando uma rede de cuidados substitutiva ao sistema asilar e fundamentada na defesa dos direitos humanos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Centros de Convivência, leitos de retaguarda nos hospitais gerais, entre outros.

No estado de Minas Gerais, até o final de 2011 existiam: 173 CAPS; 104 Residências Terapêuticas em funcionamento, ou em processo de implantação, com um total de 518 moradores; 532 beneficiários do Programa de Volta para Casa; 89 ambulatórios públicos de saúde mental; 06 Centros de Convivência; 272 leitos de atenção integral em hospital geral; 59 iniciativas de inclusão social pelo trabalho; e 01 Consultório de Rua (BRASIL, 2012).

Diante de tal cenário, com base na observação local das dificuldades no acesso ao tratamento, este tema tornou-se uma questão de pesquisa de mestrado e decidiu-se por estudar a microrregião de Itajubá, no sul de Minas Gerais, a fim de verificar se o que foi preconizado sobre o tratamento em saúde mental em âmbito nacional, e implementado nos grandes centros urbanos, como Campinas/SP (FIGUEIREDO, 2008), São Paulo/SP (NASCI-MENTO, 2009) e Rio de Janeiro/RJ (CORREA, 2011), também ocorreria em municípios de pequeno porte. Assim, este artigo é oriundo de uma pesquisa a qual discorre sobre as barreiras e os facilitadores ao acesso ao tratamento em saúde mental na microrregião de Itajubá.

## Metodologia

Trata-se de uma pesquisa avaliativa em saúde mental com combinação da abordagem quantitativa, pensada em termos de estrutura, processo e resultados, conforme proposta por Donabedian (2003), e qualitativa, enfatizando a investigação social, as relações, as representações, proposta por Minayo (2008).

As estratégias utilizadas na pesquisa foram: 1º - mapeamento de todas as informações da rede pública ampliada de saúde; 2º - identificação das principais lacunas, com base nos princípios e diretrizes recomendadas pelo SUS, a partir de roteiros de observação, entrevistas semiestruturadas e grupos focais com os principais atores sociais implicados; 3º - identificação, análise e discussão das barreiras e facilitadores ao acesso.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IPUB/UFRJ, e aprovada sob o CAAE 0063.0.249.000-11, parecer 035 Liv 4 -12, de 17/01/2012 (referendado no parecer 100, ibidem, de 10/12/2012).

A realização das entrevistas ocorreu entre os meses de fevereiro e outubro de 2012, com visita às 15 cidades que compõem a microrregião de Itajubá. O pesquisador se apresentou pessoalmente a cada um dos secretários de saúde, ou responsáveis pela saúde mental nos municípios, expôs os objetivos da pesquisa e a forma de devolução da análise dos dados obtidos. Todos os municípios aceitaram participar da pesquisa. Os participantes receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Das entrevistas foi possível obter, além dos dados quantitativos, dados qualitativos para a avaliação da qualidade dos serviços e recursos disponíveis à população que demanda atendimento em saúde mental, álcool e outras drogas.

Foram entrevistados seis Secretários de Saúde, quatro Coordenadores de Saúde Mental; nove Profissionais da Atenção primária, a Coordenadora Técnica do CAPS Dr. Bezerra de Menezes, a Coordenadora do ESF de Itajubá e a Referência Técnica em Saúde Mental de Pouso Alegre (RTSM-PA).

Foram realizados dois grupos focais distintos. Um teve a participação de 06 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sendo 03 de Itajubá, 01 de Piranguinho, 01 de Piranguçu e 01 de Delfim Moreira, com duração de 1 hora e 40 minutos. O critério de seleção para a participação no grupo focal de ACS foi o de o município estar a no máximo 30 minutos de distância de Itajubá. A esses municípios foram encaminhadas, para as respectivas prefeituras, cartas de solicitação para selecionarem pelo menos 01 ACS para participação no estudo.

O outro grupo focal foi realizado com a participação de familiares de pessoas com transtornos mentais atendidas no CAPS Dr. Bezerra de Menezes. Todos os familiares e cuidadores de usuários do CAPS receberam carta/convite para participar do grupo focal e compareceram por livre adesão. Participaram 02 mães, 01 avó e 01 irmã, representando 03 usuários. O grupo teve duração de 1 hora e 28 minutos.

Para a análise dos resultados foi realizada uma triangulação de métodos, constituindo-se por alguns passos que auxiliaram na operacionalização da técnica interpretativa: 1 - Ordenação dos dados: incluiu a transcrição das gravações e sua releitura, organização e classificação dos relatos e dos dados de observação. 2 - Classificação dos dados: primeiro com leitura horizontal e exaustiva dos textos, a fim de apreender as estruturas relevantes e as ideias centrais; posteriormente com uma leitura transversal, gerando recortes em unidades de sentido, estabelecendo as categorias empíricas do estudo. 3 - Análise final: comparação entre os dados coletados a fim de analisar o maior número de aspectos possíveis da pesquisa, aumentando o entendimento deste fenômeno complexo e proporcionando um cenário mais amplo do aspecto estudado (MINAYO, 2008).

O tratamento dado aos resultados quantitativos da pesquisa foi feito com o uso do programa Excel 2010, por meio de operações estatísticas simples, tais como porcentagens, não exigindo o uso de programas estatísticos específicos (SPSS, Stata, Epi-Info, etc).

No que diz respeito às limitações de mapeamento pode-se ressaltar a ausência de uma base de dados estadual, e/ou municipais, que contivesse dados de produção e estrutura (recursos humanos, por exemplo) coletados sistematicamente, nos municípios estudados. O acesso às informações da atenção básica de Itajubá, por exemplo, levou meses, requerendo que os pesquisadores fossem em loco na maior parte dos ESF a fim de solicitar dados contidos nos cadernos dos ACS. Outra limitação que pode ser elencada diz respeito às distâncias geográficas percorridas para a coleta de dados, tornando difícil o deslocamento entre os municípios. Os pesquisadores também se atentaram para a pequena amostra de familiares no grupo focal, o que inviabilizou a produção de dados mais expressivos desse grupo.

Os resultados da pesquisa foram compartilhados com os participantes da mesma por meio de cópia virtual da pesquisa completa (Dissertação de Mestrado Internacional em Saúde Mental), assim como em apresentação realizada no Colegiado Regional de Saúde Mental em 2014, que contou com a participação de usuários, profissionais de saúde, e gestores dos municípios da microrregião de Itajubá e de outras microrregiões. Ocorreu em abril de 2015 a apresentação da pesquisa na Fundação de Ensino e Pesquisa de Itajubá (FEPI), em uma roda de conversa sobre saúde mental com a participação de usuários, profissionais de saúde, alunos de graduação, gestores municipais e cidadãos.

## Resultados

A microrregião estudada é composta por 15 municípios, com um total de 196.039 habitantes, sendo que 27% deles habitam a zona rural. Dez dessas cidades possuem menos de 10 mil habitantes. (IBGE, 2010). Itajubá é a principal cidade dessa composição, com concentração de 46% do total populacional da microrregião, e localiza-se a 442 km de Belo Horizonte (capital mineira), a 261 km da cidade de São Paulo, e a 304 km da cidade do Rio de Janeiro, o que a mantém em uma rota facilitada de transferência de mercadorias, pessoas e saberes. A cidade possui um dos maiores distritos industriais do sul de Minas Gerais, com indústrias de grande e médio porte, especialmente as de alta tecnologia. As demais cidades da microrregião vivem da produção agropecuária e do turismo. No que diz respeito aos serviços de saúde, a microrregião possui à disposição da população: 07 hospitais gerais (01 público, 4 filantrópicos e 02 privados), 02 ambulatórios de saúde mental (01 credenciado e 01 não credenciado), 01 CAPS (não credenciado), 52 Unidades Básicas de Saúde, 17 Postos de Saúde, 4 Policlínicas (3 públicas e 1 privada), diversos consultórios médicos de diversas especialidades, entre outros serviços (BRASIL, 2010).

Microrregião de Itajubá	Nº de hab.	Nº de hab. pop rural	Extensão Territorial (Km <sup>2</sup> )	IDHM Renda per capita	IDHM	IDHM Educação
Brasópolis	14.661	6.770	362,03	613,88	0.692	0.566
Conceição das Pedras	2.749	1.240	101,71	434,68	0.668	0.566
Consolação	1.727	777	86,09	395,33	0.673	0.602
Delfim Moreira	7971	4946	409,35	454,36	0.669	0.552
Gonçalves	4.220	3.056	188,41	519,03	0.683	0.570
Itajubá	90.658	7894	291,05	948,20	0.787	0.718

<b>Maria da Fé</b>	14.216	5.833	204,6	445,11	0.702	0.637
<b>Marmelópolis</b>	2.968	1.411	107,49	367,73	0.702	0.637
<b>Paraisópolis</b>	19.379	3.321	332,31	592,61	0.729	0.657
<b>Pedralva</b>	11.467	5.904	218,18	541,01	0.675	0.563
<b>Piranguçu</b>	5.217	3.445	206,39	504,10	0.685	0.599
<b>Piranguinho</b>	8.016	3.063	130,4	523,50	0.717	0.651
<b>São José do Alegre</b>	3.996	1.095	89,94	537,13	0.717	0.652
<b>Sapucai-Mirim</b>	6.241	2.458	286,11	497,65	0.680	0.563
<b>Wenceslau Braz</b>	2.553	2.458	102,03	439,73	0.678	0.576

Tabela 1 - Indicadores socioeconômicos dos municípios da microrregião. Fontes: IBGE e ATLAS BRASIL, 2010.

Baseando-se nos eixos propostos por Donabedian (2003), estrutura, processo e resultado, a pesquisa elencou alguns indicadores sobre o acesso ao tratamento em saúde mental na microrregião. Dentro do eixo estrutura verificou-se: o número de dispositivos da rede de assistência à saúde; o número de serviços ofertados; o número de profissionais envolvidos na saúde mental; a cobertura do PSF; o número de PSF e ACS; e a capacitação de saúde mental para atenção primária. No eixo processo, os indicadores foram: origem dos encaminhamentos; relação entre RTSM-PA e municípios; e referência de internação em hospitais psiquiátricos. Já o eixo resultado se baseou no número de pessoas atendidas/acompanhadas; número de internações; e tipos de barreiras e facilitadores existentes.

A análise dos resultados foi balizada pela Pirâmide dos Serviços em Saúde Mental, proposta e recomendada pela OMS (2008). Esse modelo foi desenvolvido para descrever o melhor modo de integrar a saúde mental à atenção primária em contextos nacionais diversos.

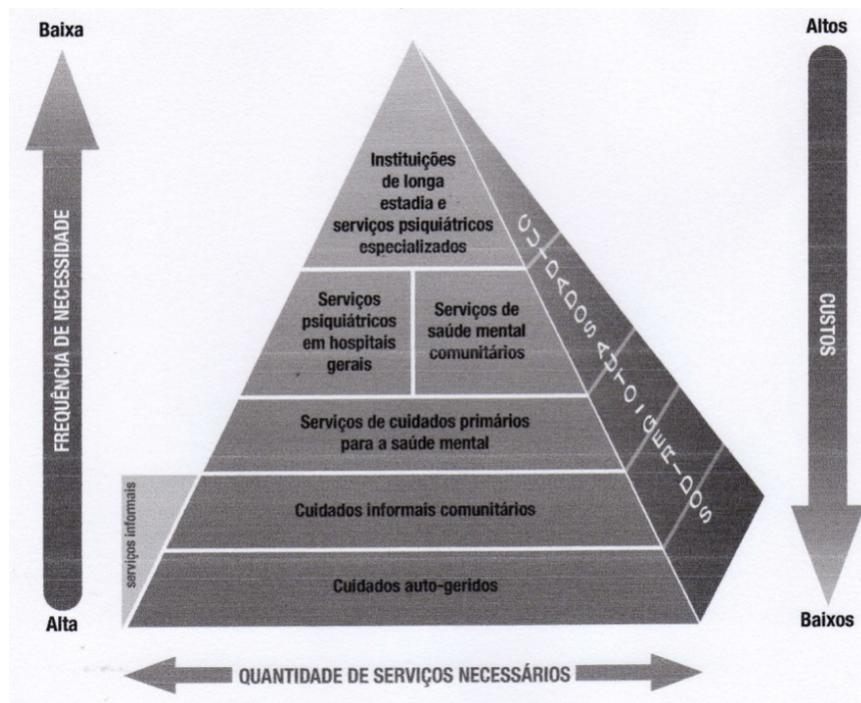


Figura1 - Pirâmide dos Serviços em Saúde Mental

A base da pirâmide, composta pelo autocuidado e o cuidado na comunidade, refere-se ao serviço informal que, em conexão com o tratamento realizado pela atenção primária, comporia a base do tratamento em saúde mental. Por estarem instalados na comunidade, cuidados físicos e psíquicos

podem ocorrer concomitantemente, o que gera um menor custo para a rede pública de saúde e, principalmente, diminui o estigma e preconceito por parte de quem precisa de atendimento, podendo facilitar o acesso ao tratamento.

## Serviços Informais

Fazem parte do cuidado informal os profissionais de outros setores como: professores, policiais, bombeiros, religiosos/curandeiros; organizações não governamentais; associações de moradores. Consideramos a família como parte dos serviços informais e damos a ela destaque porque tem papel fundamental na vida do sujeito em sofrimento mental. Com a reestruturação do sistema asilar para o de base comunitária, a família está mais ativa, protagonista e empoderada, mas precisa de apoio e suporte adequados para prover cuidados ao sujeito em sofrimento mental. Como mencionado por um participante do grupo focal de familiares: “[...] Na época, 30 anos atrás, você já pensou? Tava engatinhando, dando tiro no escuro. Pra gente foi um tremendo desafio isso. Porque você procurava de um lado e ninguém falava nada com nada. Agora é outro departamento, pois hoje temos o CAPS [...]” (Familiar 2). Todavia, essa é uma fala pontual, pois a realidade apresentada pela microrregião é a de que poucas famílias contam com algum suporte mais efetivo e eficaz em saúde mental.

Com os dados obtidos pode-se verificar que os principais facilitadores nesse plano informal foram: usuários de saúde mental que passaram a circular pela cidade (com participação em exposição de produtos artesanais, palestras, encontros); educação infanto-juvenil sobre álcool e outras drogas nas escolas municipais pela Polícia Militar de Minas Gerais; a existência do Conselho Municipal Antidrogas em Itajubá; a existência dos alcoólicos Anônimos/Narcóticos Anônimos, bem como o apoio às famílias pela Associação de Parentes e Amigos de Alcoólicos, vinculada a um grupo ALANON.

Já as principais barreiras foram: a não existência de uma associação de familiares, usuários e trabalhadores de saúde mental na microrregião; a orientação por alguns grupos religiosos para que usuários não tomem remédios para transtornos mentais (fundo espiritual); e a dificuldade dos professores em lidar com crianças e adolescentes que fazem uso de álcool e outras drogas.

## Atenção Primária

A ESF tem sido a principal porta de acesso da população brasileira ao sistema de saúde, em especial nos municípios de pequeno porte e com alta taxa de população rural. As ESF fazem parte das comunidades, e cada uma delas é responsável por um território específico e por uma população definida, e essa proximidade da saúde com a comunidade aumenta a qualidade de vida e facilita ações de promoção, prevenção e reabilitação, sendo o maior facilitador do acesso ao tratamento em saúde mental assinalado pela pesquisa. Dez dos 15 municípios possuem 100% de cobertura da ESF, o que equivale a 31% de toda a população da microrregião. A RTSM-PA assinala:

O avanço mais importante refere-se à atenção primária. Minhas ESF têm percebido a importância do cuidado com a saúde mental em sua região. Temos exemplos importantes em Piranguinho, que só depois do médico da ESF frequentar o Colegiado Regional de Saúde Mental e começar a acolher essa população, é que contrataram uma psicóloga. As internações zeraram nesse município, durante vários anos [...].

Todavia, 42% do total de habitantes da microrregião ainda não contam com algum tipo de acompanhamento direto pela atenção primária, motivo de grande preocupação para a microrregião. O município com o menor número de ESF, Itajubá, tem apenas 27% de cobertura. Assim, justamente o maior município da região, que estatisticamente possui o maior número de pessoas com transtornos mentais e de pessoas dependentes de álcool e outras drogas, apresenta a maior dificuldade em ofertar acesso aos cuidados em saúde mental pela atenção primária.

Do total de municípios da microrregião, dez deles contam com psicólogos atuantes em saúde mental. Quatro cidades possuem um psiquiatra em seu corpo médico, que auxilia nos atendimentos de emergências e de controle medicamentoso. Oito municípios precisam encaminhar as pessoas com transtornos mentais para o acompanhamento com psiquiatras em Itajubá, sendo que a maior parte deles conta apenas com uma ou duas vagas por mês para este procedimento, incluindo crises, consultas e retornos, os quais são autorizados pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Alto Sapucaí (CISMAS). Tal fato é mencionado por diversos entrevistados como sendo uma grande barreira ao tratamento em saúde mental.

Oficinas terapêuticas são ofertadas em 40% dos municípios. Em Piranguinho, Piranguçu e Gonçalves são realizadas pelos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS); em São José do Alegre e Consolação pela atenção primária; e em Delfim Moreira por psicólogos da Secretaria de Saúde, assistentes sociais da Secretaria de Assistência Social e profissionais da atenção primária. Percebe-se aqui a grande e importante participação da Assistência Social nos cuidados em saúde mental. As ações intersetoriais, especialmente em parceria com a Assistência Social, têm se apresentado como um suporte importantíssimo, especialmente em municípios pequenos que não possuem muitos recursos humanos para compor os cuidados em saúde mental.

Com relação às crianças e adolescentes com transtornos mentais, à exceção de Brasópolis e Paraisópolis, que possuem estrutura em seus serviços de saúde mental para realizarem esses atendimentos, as demais cidades contam com o apoio mais específico das Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAIE), ou da APAIE de Itajubá. As fontes de encaminhamento mais comuns de crianças e adolescentes para o tratamento em saúde mental são as escolas (5 municípios), os conselhos tutelares (4 municípios) e o sistema judiciário (2 municípios).

A proposta de implantação do NASF em diversas cidades, para matriciamento em saúde mental das equipes da atenção primária, potencializará sobremaneira o acesso ao tratamento em saúde mental na microrregião, uma vez que poderá aumentar a capacidade das ESF para lidar com o sofrimento psíquico, possibilitando a prevenção, promoção, tratamento e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2009).

De modo geral a microrregião precisa preparar melhor os profissionais que fazem a recepção tanto nas ESF quanto nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), bem como todas as equipes de saúde. O acolhimento às pessoas que buscam atendimento precisa ser qualificado e estar organizado de modo usuário-centrado. O ACS alerta que: “[...] O que falta é o acolhimento ali, pelos profissionais de saúde. Devia ter um pouquinho mais, às vezes conversar simplesmente com a pessoa. Às vezes dar uma orientação, não simplesmente encaminhar [...]” (Agente Comunitário de Saúde 01).

Há, de modo geral, uma sobrecarga entre profissionais, dentre outras razões, por não existir a reposição de trabalhadores aposentados, pela não contratação ou contratação temporária de enfermeiros, médicos, psicólogos, criando obstáculos para o acesso daquele que precisa de tratamento. É importante salientar que muitos profissionais da atenção primária se sen-

tem incapazes de atender às demandas da saúde mental. Creem que não estão aptos ou não possuem o perfil adequado, quando na verdade falta supervisão frequente, e espaços de troca entre os trabalhadores da atenção primária junto aos profissionais da saúde mental.

Hirdes e Rosa Silva (2014), ao revisarem diversos estudos, confirmam a necessidade de capacitação de forma sistemática e longitudinal para os profissionais da atenção primária, ou seja, que existam encontros regulares desses profissionais para o estudo de casos, para a educação continuada, para a troca de experiências e saberes. Justamente o que um dos entrevistados afirma não existir em sua cidade:

[...] eles acham que Saúde Mental é só o [...] paciente esquizofrênico, crônico, é só ele. Então se você for lá no PSF agora eles vão falar só desse paciente, e um ou outro que esteve internado. Porque eles não têm essa condição assim, não percebem. Falar de uso de benzodiazepínicos, nossa, porque imagina que vão atrás do povo que tá bem. Então eles não têm essa capacitação em saúde mental. [...] Eu vejo isso, sinto que falta isso no agente. Se capacitam os agentes pra tanta coisa, como hipertensão, diabetes, mas quando chega em saúde mental eles não são capacitados [...] (Profissional 04).

Falta o matriciamento do cuidado em saúde mental para proporcionar retaguarda especializada em muitos municípios da microrregião, necessidade expressa de modo muito semelhante por ACS entrevistados na pesquisa realizada por Cabral e Albuquerque (2015). A fala abaixo ilustra a necessidade premente de suporte e amparo aos ACS, à saúde mental desse trabalhador que sai na linha de frente sem os parâmetros e instrumentos adequados ao exercício da sua função:

[...] Eu não me sinto preparada para lidar com a saúde mental. Por quê? Aconteceu um fato na minha área que o pai foi procurar a agente: a agente era eu. Havia meses que o filho não saía do quarto, que não estava se alimentando, e ele queria que eu fosse lá pra tentar tirar ele do quarto. Num primeiro momento eu fiquei com medo de entrar na casa dele, aí chamei a enfermeira, fui eu e a enfermeira. A enfermeira subiu em cima da cama, pra tentar ver se ele estava respirando, sabe umas coisas assim? (risos aflitos). [...] Tivemos que chamar o corpo de bombeiros, mas eles disseram que não podiam pegar à força. Só sei dizer que foi uma loucura, e eu fiquei perdendo noites de sono pensando como eu ia resolver aquilo. Sabe quando você se sente responsável? E eu não tinha... Se o próprio pai não resolve, eu vou resolver? Mas eu fiquei mal. Fiquei pensando assim: Meu Deus do Céu! Eu tenho um tanto de pessoas psiquiátricas na minha área e eu não sei lidar. Não é que não sei lidar com as pessoas, mas é que eu sofro demais com os casos das pessoas. (...) Porque lá no meu íntimo eu quero solucionar o problema da pessoa. Mas eu não me sinto capacitada pra fazer isso. E você vai contar pra quem? [...] (Agente Comunitário de Saúde 04).

Há também, em decorrência da falta de preparo e supervisão, uma grande dificuldade dos ACS em abordarem questões relacionadas ao uso de drogas em seu território, em grande medida por temerem por sua segurança e a de seus familiares. Assim, embora esses profissionais sintam-se convocados a compor estratégias de atuação para auxiliar as famílias e os sujeitos a enfrentarem as questões de álcool e outras drogas, a ausência de uma rede de cuidados e suporte efetivo para os ACS os deixam mais vulneráveis frente aos desafios que a complexidade da situação apresenta. Tal dificuldade é exposta pelas poucas falas dos ACS sobre o assunto:

Agente Comunitário de Saúde 01: Eu não tenho coragem de perguntar não.

Agente Comunitário de Saúde 05: A gente não pergunta, a gente descobre mesmo. A gente mora na mesma rua.

Agente Comunitário de Saúde 03: O agente de saúde é muito difícil abranger isso aí porque é você que tá lá todo mês. Se você chegar lá e falar: 'olha a gente sabe que você...'. Você saber é uma coisa, agora você chegar e abordar isso com a família é outra coisa.

Agente Comunitário de Saúde 02: Discretamente. Disfarço o máximo que dá. Às vezes a mãe comenta, o vizinho comenta, você vê.

## Atenção Secundária

O nível secundário de cuidados em saúde mental é composto pelos atendimentos psiquiátricos em hospitais gerais e serviços de saúde mental na comunidade (OMS, 2008). Tais serviços devem prestar atendimento às pessoas em grave sofrimento psíquico, com transtornos mentais persistentes e/ou severos e às pessoas com transtornos relacionados às substâncias psicoativas. Eles também devem ofertar suporte para a atenção primária, tanto em capacitação, supervisão, como na corresponsabilidade do cuidado.

## Atendimentos Psiquiátricos em Hospital Geral

A microrregião utiliza o Hospital Escola e a Santa Casa de Misericórdia de Itajubá em situações emergenciais, sendo que três outras cidades possuem prontos-socorros próprios. Tanto os hospitais quanto os prontos-socorros têm acesso ao SUSFácil (uma ferramenta tecnológica de organização da assistência à saúde, que opera pela internet, facilita o fluxo de atendimentos e verifica a disponibilidade de leitos em hospitais, por exemplo), caso necessitem de internação psiquiátrica. Algo digno de nota é o fato de os profissionais desses estabelecimentos internarem pessoas em crise sem diálogo com os profissionais da saúde mental das respectivas cidades, acarretando em internações computadas para os municípios, sem a ciência ou consentimento da maioria deles. As internações que ocorrem na microrregião por meio do SUSFácil têm como referência o Hospital Psiquiátrico Otto Krakauer, em Passos, e o Hospital Psiquiátrico Gedor Silveira, em São Sebastião.

A dificuldade de diálogo entre o setor de psiquiatria do Hospital Escola e a microrregião foi apontada, pelo entrevistado, como sendo uma grande barreira:

[...] eles receberam, apesar que eu tive muita dificuldade nessa recepção, porque antes deles recolherem essa pessoa, ela teve 4 vezes no pronto-socorro, eles medicaram e retornaram. Até que a última vez que ela voltou pro município ela derrubou o pai [...] e aí nessa hora eles resolveram interná-la. [...] Eu achei que foi assim... houve um descaso, porque mesmo a gente relatando o caso, explicando, chegava lá o pronto-socorro dava uma medicação injetável calmante. Quando a pessoa está em surto o medicamento praticamente não resolve. E depois eles acabaram internando e ela ficou uma semana lá, mas tive essa dificuldade [...] (Profissional 20).

A demora na implantação dos leitos de retaguarda e a dificuldade dos atendimentos na clínica médica dos hospitais gerais; as internações sem consentimento das secretarias de saúde dos municípios; e a existência de apenas 01 a 02 vagas por mês para consulta com psiquiatra para os

municípios de pequeno porte (incluindo consultas e retornos), atuam como barreiras, como explicitado por entrevistado: “[...] No momento tenho uma fila de espera de 54 pessoas pra passar por consulta com psiquiatra em Itajubá, pela vaga SUS, calculada pela população. Um absurdo porque com 54 pessoas esperando, quantos anos são? [...]” (Profissional 20).

As barreiras existentes no atendimento psiquiátrico nos hospitais gerais deixam a atenção primária sem suporte para os casos de crise e a população sem o amparo necessário, prejudicando sobremaneira o tratamento. Paes et al. (2013) argumentam que existem barreiras inviabilizando os leitos de retaguarda nos hospitais gerais, como o distanciamento histórico entre a saúde mental e os hospitais gerais; a falta de estrutura física; a pouca qualificação em saúde mental dos profissionais de saúde; o modelo de tratamento por especializações dentro dos hospitais, dificultando o diálogo multidisciplinar que a saúde mental requer.

Já os aspectos facilitadores registrados foram: a existência de referência especializada em psiquiatria e atendimento especializado em álcool e outras drogas no Hospital Escola de Itajubá; a pactuação intergestores, demonstrando a intenção de se implantarem 04 leitos na clínica médica do Hospital Escola e de 03 leitos na clínica médica da Santa Casa; e o fato de a Santa Casa não realizar mais nenhuma internação sem o consentimento da Coordenadora de Saúde Mental de Itajubá.

## Serviços de Saúde Mental na Comunidade

Os serviços de saúde mental na comunidade são aqueles que prestam atendimento no território, isto é, são os serviços que estão mais próximos aos sujeitos, não apenas geograficamente, mas também, e, principalmente, subjetivamente. No Brasil eles se presentificam/materializam, principalmente, nos CAPS, nos Centros de Convivência e Cultura, nas Residências Terapêuticas e nos Programas de Inclusão Social pelo Trabalho.

Como facilitadores ao acesso ao tratamento na microrregião ressalta-se a existência de 02 ambulatórios de saúde mental, um credenciado há quase 20 anos, na cidade de Brasópolis e outro não credenciado em Paraisópolis, nomeado pela equipe como Estratégia da Saúde Mental da Família. Os dois serviços realizam o atendimento de crianças e adolescentes, de transtornos mentais em geral e transtornos associados ao uso de álcool e outras drogas.

O CAPS Dr. Bezerra de Menezes, localizado em Itajubá, com gestão filantrópica, não credenciado ao SUS, é referência para sete municípios da microrregião. Tem o porte e função de um CAPS II na sua prestação de serviços à comunidade, com atendimento grupal, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares. Atende maiores de 18 anos com transtornos mentais severos e persistentes e funciona das 8h às 17h, com uma média de 15 usuários por dia. A equipe técnica é formada por 1 psiquiatra, 1 psicólogo, 1 enfermeiro, 2 técnicos de enfermagem e 1 coordenador da equipe técnica. O CAPS Dr. Bezerra de Menezes não cumpre as funções de supervisionar e capacitar as equipes de atenção primária, embora haja interação quando necessário, e não é responsável por organizar a demanda e a rede de saúde mental.

Este serviço pode ser tomado como um facilitador, uma vez que atende um número expressivo de pessoas, mas, ao mesmo tempo, constitui uma barreira, pois, instalado e funcionando, não desenvolve todas as funções que cabem a um CAPS II. Além disso, sua existência contribui para que os gestores da microrregião não resolvam a situação do credenciamento e nem criem um novo CAPS devidamente formalizado e cadastrado, com função de organização da demanda em seu território, conforme definido pelo Ministério da Saúde, através da Portaria 336, de 2002, que estabelece os portes e atribuições dos CAPS (BRASIL, 2004).

Um fator que pode ser apresentado como facilitador são as pactuações já realizadas entre os municípios da microrregião para que sejam instalados e/ou credenciados um CAPS, um CAPSAd – Álcool e Drogas, e um CAPSi-Infantil e Juvenil.

Todavia, vê-se que os dispositivos específicos da saúde mental comunitária são escassos, e não conseguem atender às demandas da população. A prefeitura de Itajubá e os demais municípios não conseguem implantar as pactuações realizadas, gerando internações desnecessárias e desassistência.

Como a microrregião não possui um CAPS-AD, e o atendimento especializado no Hospital Escola não comporta atender essa demanda, 33% dos municípios encaminham as pessoas dependentes de álcool e outras drogas para tratamento em comunidades terapêuticas, que não compõem diretamente a rede de atenção psicossocial do SUS.

## Atenção Terciária

O último nível da pirâmide é entendido pela OMS (2008) como o último recurso para uma pequena minoria de pessoas que precisa de tratamentos mais complexos e especializados, ou em algumas situações forenses específicas.

No Brasil, a transição, ainda em processo, do modelo hospitalar psiquiátrico para o comunitário, com intensa participação de movimentos sociais, trabalhadores, usuários e familiares, além de robusta base normativa e de incentivos financeiros, inclusive para a abertura de leitos de saúde mental em hospitais gerais, auxiliaram sobremaneira a diminuição das internações nos sistemas asilares nos últimos 20 anos.

Mesmo para os casos mais complexos, como os de base forense, vêm sendo desenvolvidas estratégias comunitárias de atenção, como exemplificado pelo Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental Infrator (PAI -PJ), que objetiva promover o acesso de pessoas com transtornos mentais que praticaram ato infracional ao tratamento na rede pública de atenção psicossocial.

Entre os anos de 2010 (110 internações) e 2011 (84 internações), houve queda de 24% nas taxas de internação dos municípios da microrregião, segundo dados da RTSM-PA. Faz-se necessário uma análise mais aprofundada, para que seja possível afirmar se representa avanço no cenário assistencial da região, pela inserção dos usuários em serviços territoriais, ou desassistência, pelo não acesso a um recurso terapêutico necessário. De todo modo, esta melhora nos índices de internação ocorre no período que se dá um aumento do maior número de profissionais envolvidos no tratamento em saúde mental, especialmente os da atenção primária.

Todavia, o cenário da microrregião é marcado pela ausência de retaguarda de saúde mental nos hospitais gerais, comprometendo, dentre outras razões já apontadas, o cuidado territorial, responsável e contínuo, para as pessoas com transtornos mentais, sendo esta a principal barreira no que diz respeito à atenção terciária.

Os facilitadores referentes à atenção terciária são: a existência de atendimento especializado em álcool e outras drogas no Hospital Escola, ainda funcionando como ambulatório, o que deverá ser modificado quando os leitos de retaguarda estiverem ativos, proporcionando o atendimento especializado para uma população específica; a diminuição de repasse dos investimentos financeiros federais para os hospitais psiquiátricos; e o incentivo, suporte e cobranças da RTSM-PA para que não ocorram mais internações desnecessárias nos hospitais psiquiátricos, bem como a implantação dos serviços pactuados.

## Discussão

O acesso à saúde mental apresenta diversos componentes articulados que devem resultar na possibilidade do usuário receber tratamento e cuidado sem o recurso à segregação hospitalar. Entretanto, as inúmeras barreiras geográficas, de gestão, formação e culturais ainda existentes, impedem o real avanço na direção do cuidado responsável e em liberdade para inúmeras pessoas com transtornos mentais, especialmente em certas regiões do país, como é o caso da microrregião de Itajubá. A identificação das barreiras e dos facilitadores pode auxiliar para que sejam realizadas ações que minimizem os impeditivos ao tratamento adequado.

O estudo realizado constatou que as barreiras encontradas na microrregião não se diferenciam das apresentadas em outras regiões do país, e até mesmo em outros países, tais como as mencionadas por Saraceno (2007): falta de profissionais envolvidos e qualificados; demora na implantação dos serviços substitutivos de cuidado; dificuldade na integração entre os cuidados em saúde mental na atenção primária, entre outras.

De uma maneira direta e indireta percebe-se que a falta de ‘vontade política’, expressão referida nas entrevistas coletadas, aqui definida como uma intervenção mais clara da gestão pública da saúde, com estabelecimento de prioridades para prover a ampliação do acesso em saúde mental, tem sido a principal barreira a ser enfrentada na microrregião. Acerca das responsabilidades municipais, deve ressaltar-se que:

O ambiente institucional de cooperação federativa, os incentivos financeiros, os recursos próprios locais, aliados à clareza e coerência dos objetivos da política para saúde mental, criaram as condições favoráveis para que a reforma psiquiátrica fosse assumida como política local no ambiente de expansão da agenda sanitária nos Municípios. (COSTA et al., 2011, p.4610.).

Existe um compromisso assumido diante da federação, mas cabe à gestão local organizar a implantação e funcionamento dos serviços que compõem a rede de cuidados. Porém, é preciso ressaltar que fatores estruturais determinam a baixa efetividade da gestão local, como as limitações de financiamento do SUS, a despeito do incremento relativo do financiamento em saúde mental (GONÇALVES et al., 2012), a insuficiente participação da gestão estadual, as dificuldades específicas para incorporação de recursos humanos às redes municipais e microrregionais de saúde (PAIM et al., 2011), assim como, a demora da gestão federal, para incentivar financeiramente a oferta de leitos de retaguarda nos hospitais gerais.

Ações pontuais, com pouca resolutividade, efetividade, a falta de organização e planejamento das ações, impossibilitaram o acesso de muitos usuários ao tratamento adequado em saúde mental até o momento na microrregião estudada. Como enunciou a RTSM-PA: “[...] A gestão municipal tem que fazer cumprir o papel. Tem que organizar esse fluxo, entender que é responsabilidade dela”.

Como indicado pela Pirâmide dos Serviços em Saúde Mental, não existe saúde mental sem a integração entre os diferentes níveis de serviços. O que ocorre na microrregião de Itajubá é justamente a falta de uma rede instalada que ofereça os diferentes níveis de serviços. Poucos são os dispositivos disponíveis e, na maioria das vezes, atuam de modo precário e não integrado. Além disso, esses dispositivos contam com um número reduzido de profissionais, sendo que muitos deles acabam realizando o cuidado ao outro por solidariedade, seja como um voluntário formal ou informal (por exemplo, quando compram com o próprio salário materiais para a realização de

oficinas, ou quando, aos finais de semana, realizam uma visita domiciliar sem receber adicional salarial).

Para sanar as dificuldades referentes às internações inadequadas, não notificadas e não compartilhadas, bem como assegurar a instalação dos leitos de saúde mental nos hospitais gerais, e assim, funcionar como suporte para os casos de crise, seria fundamental que se realizasse debates, capacitações e pactuações entre todos os atores envolvidos. Desta forma contribuir-se-ia para a melhoria da formação dos ACS, dos clínicos e psiquiatras que atendem nos prontos-socorros, bem como se abriria possibilidades de orientá-los sobre os procedimentos a adotar, trabalhando juntamente com a atenção básica, a equipe de saúde mental dos municípios e com as equipes dos hospitais gerais.

De modo mais amplo, seria necessária uma reformulação na formação médica, e dos demais profissionais de saúde, centrada até hoje em um modelo exclusivamente biomédico. Com a Reforma Psiquiátrica, a atenção psicossocial exige modelos mais ampliados de cuidado, multidisciplinares, com uso de recursos territoriais, que não podem ser respondidos apenas pelo ambiente tradicional dos consultórios de especialistas. É preciso investir, no âmbito da microrregião e do estado, na formação de profissionais dinâmicos, atentos à promoção e prevenção, e capacitados a desenvolver ações integrais e efetivas de atenção psicossocial, e não apenas o tratamento medicamentoso ou o encaminhamento aos especialistas.

Cabe reafirmar a importância da atenção primária ao cuidado em saúde mental, e o quanto a existência dessa estratégia vem sendo o maior facilitador ao acesso ao tratamento em saúde mental. Todavia, muitos desses trabalhadores seguem sem saber como realizar uma abordagem em situações de crise por não possuírem supervisão e treinamento adequados, e outros tantos afastados devido às questões de estresse que envolve o trabalho a ser feito sem o suporte necessário.

De modo geral, para que essas barreiras sejam superadas é preciso que novas posturas sejam adotadas pelos gestores e população. Portanto, faz-se mister que os municípios que compõem essa microrregião elaborem planos de ação em saúde mental, usando informações concretas sobre sua população, informações essas contidas até o momento apenas nos cadernos dos ACS. Cada município precisa ter em mãos os dados epidemiológicos de sua população, locais onde moram, do que precisam, quais as suas demandas, para em seguida formalizarem um sistema de informação compartilhado a que tanto os profissionais da atenção primária quanto os gestores tenham acesso.

Com um plano de ação em mãos os gestores municipais terão condições de saber quais os pontos mais vulneráveis, onde medidas emergenciais precisam ser tomadas, quais os passos a serem dados, e como poderão trabalhar intermunicipalmente, gerando uma rede potente, de trocas firmes e efetivas. Com tal feito, será possível, por exemplo, estabelecer critérios de contratação de profissionais, organizar capacitações aos profissionais da atenção primária, provendo suporte e supervisão, viabilizar a abertura de novos dispositivos como os centros de convivência, consultórios na rua, além de efetivar as pactuações feitas pela própria microrregião.

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

Portanto,

A mudança do sujeito-sujeitado para o sujeito-cidadão exige a construção de uma rede social que entrelace todos os âmbitos possíveis: do território às políticas globais, dos serviços às políticas públicas, dos setores específicos à intersetorialidade, da intersubjetividade à intrasubjetividade (representações sociais e representações inconscientes); o trânsito horizontal e vertical entre os âmbitos jurídico-político, sociocultural, teórico-conceitual e técnico assistencial (FERNANDES; SCARCELLI, 2005, p.85).

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

## Considerações Finais

Observou-se que, para que haja um efetivo tratamento às pessoas com transtorno mental, a assistência deve ser prestada tanto pela atenção primária, que inclui as equipes de ESF e os NASF, quanto pela rede específica de saúde mental – CAPS, Centros de Convivência e leitos em hospitais gerais, por exemplo. Mais do que isso, é preciso que esses dispositivos sejam capazes de acolher os usuários e familiares; e sejam capazes de tratar e cuidar; constituindo-se como locais de trocas, com participação ativa daquele que procura ou precisa do serviço (AMARANTE, 2011); realizando suas ações de cuidado no território que cada qual escolher para estar e circular.

A partir da investigação sobre o acesso ao tratamento em saúde mental, conclui-se que a microrregião de Itajubá, conta com pouca experiência na produção de modos alternativos de cuidados em saúde mental. Trata-se de cuidados improvisados, segregados, e com dificuldades em prover adequadamente serviços de suporte à saúde mental de sua população, especialmente pela falta de planejamento adequado dos municípios para a formação e o estabelecimento de uma rede em saúde mental.

Sabe-se também, infelizmente, que a realidade aqui apresentada não é exclusiva dessa microrregião, sendo plausível supor que se estenda a muitas outras regiões do país devido às suas semelhanças sociais, econômicas e políticas. Logo, esperamos que esse trabalho possa servir de estímulo à análise de outras microrregiões, contribuindo para a elaboração de um panorama nacional da saúde mental mais representativo, bem como sirva como analisador da situação atual e elencando possíveis vias de acesso ao tratamento em saúde mental.

Assim sendo, é possível concluir que “não há mais necessidade de amaldiçoar o sistema manicomial. Ele faz parte da história. Temos é que fazer a lei entrar em vigor e exigir que os governos federal, estadual e municipal estimulem os novos serviços do sistema aberto” (DELGADO, 2009, p.05).

## Agradecimentos

Agradecemos a Maria Cristina Ventura Couto, Adriana Fonseca e Ariadna Patricia Estevez Alvarez pela revisão e leitura atenta deste artigo.

## Sobre o artigo

Recebido: 15/07/2015

Aceito: 20/06/2015

## Referências bibliográficas

- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 3ª edição. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2011.
- ATLAS BRASIL. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. **Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento** (PNUD), 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. **Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Série F. Comunicação e Educação em Saúde**. Brasília, DF, 2004.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção primária. **Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília, DF, 2009.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. DATASUS: Informações de Saúde. **CNES - Situação da Base de Dados Nacional** em 10 de Abr.de 2010.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados - 10**, Ano VII, nº 10. Brasília, DF, março de 2012.
- CABRAL, T. M. N.; ALBUQUERQUE, P. C. Saúde mental sob a ótica de Agentes Comunitários de Saúde: a percepção de quem cuida. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 159-171, Mar.2015.
- CALDAS de ALMEIDA, J.M.; HORVITZ-LENNON, M. An Overview of Mental Health Care Reforms in Latin America and the Caribbean. *Psychiatric Services*, v. 61, n.3, p.1-4, mar. 2010.
- CORREA, S. G. de P. **Avaliação de novos serviços de saúde mental: o caso dos centros de Atenção Psicossocial do Estado do Rio de Janeiro**. 2011, 107f. Dissertação (Mestre em Ciências na área de Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP, FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro: 2011.
- COSTA, N.; SIQUEIRA, S.; UHR, D. SILVA, P.; MOLINARO, A. Reforma Psiquiátrica, Federalismo e Descentralização da Saúde Pública no Brasil. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n.12, p. 4603 – 4614, dez. 2011.
- DELGADO, Paulo G.G. Humanismo, Ciência e democracia - os princípios que nortearam a transição para o novo modelo de assistência aos portadores de sofrimento psíquico. *Caderno Brasileiro de Saúde Mental*, v. 1, n.1, p. 1-9, jan-abr, 2009.
- DONABEDIAN, A. **An Introduction to Quality Assurance in Health Care**. New York, Oxford University Press, 2003.
- FERNANDES, M. I. A.; SCARCELLI, I. R. Psicologia e políticas públicas de saúde: da construção de modelos à implementação de práticas. In: AMARANTE, Paulo (org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro (RJ): Nau; 2005, v.2, p. 67 – 90.
- FIGUEIREDO, M. D; SANTOS, D. V. D. A rede de saúde do município de Campinas (SP): Peculiaridades e Inovações. In: CAMPOS, R. O.; FURTADO, J. P.; PASSO, E.; BENEVIDES, R.(orgs.). **Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental – Desenho Participativo e Efeitos da Narratividade**. São Paulo: Editora Hucitec, 2008, p. 155 – 162.

GONCALVES, R. W.; VIEIRA, F. S.; DELGADO, P. G. G. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, Fev. 2012.

HIRDES, A.; SILVA, M. K. R. Apoio matricial: um caminho para a integração saúde mental e atenção primária. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 582-592, Set. 2014.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades@. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=313240&search=minas-gerais|itajuba|infograficos:-informacoes-completas>. Acesso em: 27 Jan. 2016.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2008.

NASCIMENTO, A.; GALVANESE, A. T. Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. suppl.1, p. 8-15, Ago. 2009.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global**. Portugal, 2008.

PAES, M.; SILVA, T. L.; CHAVES, M. M. N.; MAFTUM, M. A. O papel do hospital geral na rede de atenção à saúde mental no Brasil. **Ciência, Cuidado e Saúde**, p. 407-412, Abr/Jun 2013.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, p.11 -31, may 2011.

SARACENO, B. OMMEREN, M.; BATNIJI, R.; COHEN, A.; GUEREJE. O.; MAHONEY, J. SRIDHAR, D.; UNDERHILL, C. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. **The Lancet**. v. 370, p.1164-1174, 2007.

SARACENO, B.; DUA, T. Global Mental Health: the role of psychiatry. **European Archives of Psychiatry Clinical Neuroscience**. v. 259, Suppl 2, p.109-117, 2009.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B.; SILVA, G.; MENEZES, A.; MONTEIRO, C.; BARRETO, S.; CHOR, D.; MENEZES, P. Health in Brazil. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**. v. 377, n. 9781, p.1949–1961, 4 June 2011.