

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ADMINISTRATIVAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE

Carlos Henrique Felipe Pereira Vale

**SAÚDE MENTAL NO BRASIL E OS DESAFIOS DA GESTÃO EM SAÚDE: UMA
REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA**

Belo Horizonte
2019

Carlos Henrique Felipe Pereira Vale

**SAÚDE MENTAL NO BRASIL E OS DESAFIOS DA GESTÃO EM SAÚDE: UMA
REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Ciências Econômicas da
Universidade Federal de Minas Gerais, como
requisito parcial à obtenção do título de
Especialista em Gestão Pública em Saúde
Orientador: Prof. Ms. Neiva dos Santos Andrade

Belo Horizonte
2019



Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Ciências Econômicas
Departamento de Ciências Administrativas
Curso de Especialização em Gestão Pública no Setor da Saúde

ATA DA DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO do Senhor(a) **Carlos Henrique Felipe Pereira**, REGISTRO N° **2017760298**. No dia 27/04/2019 às 15:20 horas, reuniu-se na Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, a Comissão Examinadora de Trabalho de Conclusão de Curso - TCC, indicada pela Coordenação do Curso de Especialização em Gestão Pública, para julgar o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado **"SAÚDE MENTAL EM BARBACENA E OS DESAFIOS DA GESTÃO EM SAÚDE: UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA"**, requisito para a obtenção do **Título de Especialista**. Abrindo a sessão, o(a) orientador(a) e Presidente da Comissão, **Neiva dos Santos Andrade**, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares de apresentação do TCC, passou a palavra ao(à) aluno(a) para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores, seguido das respostas do(a) aluno(a). Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença do(a) aluno(a) e do público, para avaliação do TCC, que foi considerado:

() APROVADO

APROVAÇÃO CONDICIONADA A SATISFAÇÃO DAS EXIGÊNCIAS CONSTANTES NO VERSO DESTA FOLHA, NO PRAZO FIXADO PELA BANCA EXAMINADORA - PRAZO MÁXIMO DE 7 (SETE) DIAS

() NÃO APROVADO

82 pontos (oitenta e dois) trabalhos com nota maior ou igual a 60 serão considerados aprovados.

O resultado final foi comunicado publicamente ao(à) aluno(a) pelo(a) orientador(a) e Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o(a) Senhor(a) Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 27/04/2019.

Prof. Neiva dos Santos Andrade
(Orientador(a))

Neiva dos Santos Andrade

Prof(a). Daniel Francisco Bastos Monteiro

Daniel F.B. Monteiro

Prof(a). Cleverson Ramon Carvalho Silva

Ramon C.



Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Ciências Econômicas
Departamento de Ciências Administrativas
Curso de Especialização em Gestão Pública no Setor da Saúde

MODIFICAÇÃO EM TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Modificações exigidas no TCC do(a) aluno(a) **Carlos Henrique Felipe Pereira**, número de matrícula **2017760298**.

Modificações solicitadas:

Definir em objetivos específicos os índices utilizado. Ajustar na metodologia o método utilizado na pesquisa. Mudar o título para adequar bem o corpo do trabalho. Fazer a tabulação dos dados analisados.

O prazo para entrega do TCC contemplando as alterações determinadas pela comissão é de no máximo 7 dias, sendo o(a) orientador(a) responsável pela correção final.

Neiva Andrade
Prof(a). Neiva dos Santos Andrade
(Orientador(a))

Carlos Henrique F. P. Valp
Assinatura do(a) aluno(a): **Carlos Henrique Felipe Pereira**

Atesto que as alterações exigidas Foram Cumpridas
 Não foram cumpridas

Belo Horizonte, 4 de maio de 2018

Professor Orientador

Neiva Andrade
Assinatura

Resumo

A reforma psiquiátrica introduziu no país uma nova forma de tratamento e abordagem ao portador de transtorno mental. O município de Barbacena/MG sempre foi conhecido por deter em seu território diversos hospitais psiquiátricos, incluindo o antigo Hospital Colônia, estopim desse movimento. O processo de desospitalização foi impulsionado pela criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com diversos serviços substitutivos, como os Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), o Serviço de Residências Terapêuticas (SRT), dentre outros. Assim, o objetivo geral do presente trabalho é analisar, à luz das políticas públicas nacionais de saúde mental, a gestão do funcionamento da rede assistencial na região de Barbacena/MG. Trata-se de uma pesquisa descritiva, que utilizou como técnica a revisão narrativa. Analisou-se teses, dissertações e artigos científicos produzidos no Brasil durante o período de 2000 a 2019, bem como dados oficiais relativos à saúde mental. A análise dos dados obtidos permite inferir que os avanços na política pública de saúde mental do município de Barbacena têm sido eficientes no sentido de humanizar o tratamento ao paciente psiquiátrico, promovendo as famílias a colaboradoras no processo de reabilitação e buscando a qualificação dos funcionários para o trabalho com o portador de transtorno mental. Em contrapartida, também foi observado que ainda falta efetividade na gestão pública em saúde mental, notada pelo pequeno número de residências terapêuticas, bem como no funcionamento e articulação da RAPS, especialmente nos municípios de pequeno porte, que compõem a macrorregião de Barbacena.

Palavras-chave: Gestão Pública; Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica.

Abstract

The psychiatric reform introduced in the country a new form of treatment and approach to the person with mental disorder. The municipality of Barbacena/MG has always been known to have in its territory several psychiatric hospitals, including the former Colônia Hospital, which triggered this movement. The process of de-hospitalization was driven by the creation of the Psychosocial Care Network (RAPS), with several substitutive services, such as the Psychosocial Support Centers (CAPS), the Therapeutic Residences Service (SRT), among others. Thus, the objective of this study is to analyze, in the light of national public mental health policies, the management of the health care network in Barbacena/MG. It is a descriptive research, which used as a technique the narrative review. Theses, dissertations and scientific articles produced in Brazil during the period 2000 to 2019, as well as official data on mental health were analyzed. The analysis of the obtained data allows to infer that the advances in the public policy of mental health of the municipality of Barbacena have been efficient in the sense of humanizing the treatment to the psychiatric patient, promoting the families to collaborators in the process of rehabilitation and seeking the qualification of the employees for the work with the mentally disordered person. On the other hand, it was also observed that there is still a lack of effectiveness in public mental health management, noted by the small number of therapeutic residences, as well as in the functioning and articulation of the RAPS, especially in the small municipalities that make up the Barbacena macro-region.

Keywords: Public Management; Mental Health; Psychiatric Reform.

SUMÁRIO

1	Introdução	7
2	Referencial Teórico	10
2.1	Saúde Mental no Brasil: do modelo hospitalocêntrico à desospitalização	10
2.2	Possíveis causas de (re)internações psiquiátricas	13
2.3	Panorama da saúde mental em Barbacena	16
3	Metodologia	19
4	Resultados	21
4.1	Âmbito nacional	21
4.2	Âmbito regional	25
5	Considerações finais	27
6	Referências.....	29

1. Introdução

A reforma psiquiátrica brasileira iniciou no final da década de 1970, com a visita do psiquiatra italiano Franco Basaglia ao antigo Hospital Colônia, localizado na cidade mineira de Barbacena. Nessa visita, o referido psiquiatra pôde constatar o descaso do poder público com a saúde mental no Brasil, bem como as péssimas condições de tratamento às quais os pacientes eram submetidos (ARBEX, 2013). Desde então, teve início um processo de crítica quanto ao modelo psiquiátrico tradicional, caracterizado como hospitalocêntrico.

A partir destes questionamentos, um novo modelo começou ser implantado, baseado na necessidade de atenção multidisciplinar e psicossocial, através da desinstitucionalização e da reinserção dos portadores de transtornos mentais na sociedade. Para tanto, novas diretrizes para o tratamento desses pacientes foram se constituindo, através de serviços substitutivos aos antigos manicômios. Nesse contexto, foi criada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), baseada no trabalho realizado pelos Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), articulados com hospitais-dia e ambulatórios, e atrelados à atenção básica (BRASIL, 2013).

Ao longo dos últimos anos, essa nova política pública promoveu, progressivamente, a queda do número de leitos psiquiátricos no Brasil, de 51.393 em 2002 para 32.294 em 2011 (MILIAUSKAS, 2017). Entretanto, para o autor, é possível que essa redução se deva mais ao fechamento progressivo de instituições manicomiais do que ao trabalho dos serviços substitutivos, especialmente pela escassez de trabalhos que correlacionem o funcionamento da RAPS à diminuição de internações psiquiátricas (MILIAUSKAS, 2017). Outro fato observado é que a diminuição no número internações de portadores de transtornos mentais se demonstra maior que a de dependentes químicos, o que pode ser justificado pelo fato de que a criação de um CAPS específico para acolhimento de dependentes químicos (CAPSad) seja mais recente, além de possíveis falhas na rede psicossocial (MILIAUSKAS, 2017).

Tentando diagnosticar os motivos de ainda haver internações psiquiátricas e de dependentes químicos no país, Dimenstein (2014) constatou que diversos profissionais que atuam nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) se julgavam despreparados para acolher e atender os pacientes na área de saúde mental. Esta falta de qualificação dos profissionais da

saúde básica, atrelada a falhas na RAPS, pode ser uma das causas de ainda haver um número considerável de internações e reinternações nos hospitais psiquiátricos ainda existentes, ou mesmo nos leitos psiquiátricos de hospitais gerais.

Desta forma, mesmo não sendo mais a porta de entrada do serviço de saúde mental, ainda há internações em alguns hospitais psiquiátricos remanescentes, como ocorre no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB), da Fundação Hospitalar de Minas Gerais (FHEMIG), ou em alas de psiquiatria em hospitais Gerais.

A relevância desse trabalho se faz pois, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o mundo está sofrendo uma epidemia silenciosa e sem precedentes. As doenças mentais estão alastrando rapidamente em todo o mundo e estima-se que, atualmente, cerca de 300 milhões de pessoas sofram de depressão, 50 milhões de demência, 23 milhões de esquizofrenia, além de uma estimativa de que mais de 60 milhões de pessoas sofram com o transtorno bipolar. Segundo a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE, 2018) as doenças mentais geram um ônus de aproximadamente 4% do Produto Interno Bruto (PIB) de toda União Europeia. No Brasil, os transtornos mentais são responsáveis por mais de 12% das incapacitações por doença em geral, sendo que das 10 principais causas de incapacitação, cinco delas são transtornos psiquiátricos (LIMA, 2010).

Diante do exposto, o objetivo geral do presente trabalho é analisar, à luz das políticas públicas nacionais de saúde mental, a gestão do funcionamento da rede assistencial (RAPS) no Brasil. Para tanto, tem-se os seguintes objetivos específicos: (a) pesquisar indicadores epidemiológicos de saúde mental, sejam nacionais, regionais ou locais; (b) identificar publicações científicas que permitam entender o funcionamento da RAPS, e (c) analisar a eficácia e eficiência da gestão pública em saúde mental no âmbito nacional, e suas repercussões na macrorregião de Barbacena.

A metodologia utilizada foi a descrição narrativa, correlacionando artigos pesquisados com dados sobre a saúde mental encontrados nas bases de dados dos governos Federal, Estadual e Municipal. Inicialmente a presente pesquisa seria qualitativa com entrevistas semiestruturadas, com os atores envolvidos no tratamento dos portadores de transtornos mentais na atenção primária, secundária e terciária, na macrorregião de Barbacena, porém esse pesquisador esbarrou na morosidade das instituições públicas em autorizar a pesquisa.

Para melhor entendimento, este trabalho foi estruturado, além desta introdução, em Referencial Teórico, no qual foram descritos os aspectos relevantes sobre a reforma psiquiátrica, o novo modelo assistencial substitutivo aos antigos manicômios; apresentação dos procedimentos metodológicos da pesquisa; apresentação dos Resultados e, por fim, Considerações Finais.

2. Referencial Teórico

2.1. Saúde Mental no Brasil: do modelo hospitalocêntrico à desospitalização

Em todo o mundo, a saúde mental sempre foi tratada tendo como base a exclusão das pessoas portadoras de distúrbios mentais do convívio social. No século XVIII, na França, um médico chamado Philippe Pinel, considerado o pai da psiquiatria, foi o pioneiro em tratar o doente mental como se trata qualquer outra doença, de forma humanizada e sem uso de violência ou exclusão (CÂMARA, 2002). Já no Brasil, o tratamento de portadores de transtornos mentais iniciou-se, efetivamente, no século XIX, com a inauguração do Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro. Esse modelo assistencial em saúde mental, vigente até o fim da década de 1970, tinha como foco o modelo hospitalocêntrico e asilar, no qual o paciente ficava recluso nesses hospitais e às margens da sociedade (CÂMARA, 2002).

Na década de 1940, a psiquiatra Nise da Silveira fez um dos primeiros movimentos no Brasil contra essa forma de tratamento das patologias mentais. Ela discordava dos métodos terapêuticos utilizados no Hospício Pedro II e seu ato de “rebeldia” a fez ser isolada em serviços considerados de menor importância dentro desse hospital, à época. Por outro lado, esse fato possibilitou a ela a criação da Sessão de Terapia Ocupacional como forma de tratamento dentro da psiquiatria. Posteriormente, a psiquiatra criou a “Casa das Palmeiras”, com o intuito de reinserir na sociedade os doentes internados em hospitais psiquiátricos, sendo, portanto, a precursora do atual modelo de hospital-dia (CÂMARA, 2002).

Em 1979, o psiquiatra italiano Franco Basaglia, em visita ao Brasil, denunciou as péssimas condições de tratamento dadas aos portadores de transtornos mentais acolhidos no Hospital Colônia, na cidade mineira de Barbacena, comparando-o a campos de concentração nazista da Segunda Guerra Mundial (MACEDO, 2009). Naquela época, as pessoas internadas nesse hospital eram tratadas como indigentes e de forma degradante, e se utilizavam métodos como a lobotomia e a eletroconvulsoterapia (ECT) como forma de punição, e não de tratamento. Também era comum o encarceramento dos pacientes ditos “rebeldes”, além de serem submetidos a ambientes insalubres, alimentação precária e serem obrigados a realizar

serviços braçais (ARBEX, 2013). Para Arbex (2013), essa visita inaugurou a reforma psiquiátrica brasileira.

Essa metodologia de tratamento em saúde mental no Brasil era reflexo das políticas públicas de saúde vigentes na época, as quais priorizavam o tratamento hospitalar, com acesso restrito a uma pequena parte da população brasileira, tornando o sistema ineficiente, refém do capital e das elites que dominavam o país nesse período (CAMARA, 2002). Pode-se dizer, portanto, que o modelo hospitalocêntrico marginalizava as pessoas mais carentes, que ficavam suprimidas de tratamentos mais eficazes e eficientes.

Aos poucos, esse modelo hospitalocêntrico passou a ser substituído, através do fortalecimento da atenção primária. Já em 1982 a Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo cria o primeiro Ambulatório de Saúde Mental (ASM), como primeiro passo a desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos, pensado no acompanhamento e egresso dos antigos manicômios, em 1987 foi criado o primeiro CAPS, o de Itapeva, que seria o modelo adotado pelo ministério da Saúde a partir de 2001 como modelo de política pública nacional. (LIMA, 2010). Após o ano 2000, esse trabalho de substituição do modelo antigo de tratamento psiquiátrico ganhou força, com a promulgação da Lei Federal nº 10216/01 de 06 de abril de 2001, que deu maior proteção às pessoas portadoras de transtornos mentais, enfatizando e redirecionando o novo modelo assistencial. Essa lei criava os CAPS, ainda que não atuassem em rede, além do Serviço Residências Terapêuticas (SRT), visando acelerar o processo de desinstitucionalização das pessoas moradoras de hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004).

Os SRT foram criados através da portaria 106/2000 do Ministério da Saúde, com o objetivo de garantir aos portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional, que não tinham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuíam vínculos familiares e de moradia, o atendimento em dispositivos alternativos, extra-hospitalares. Pode-se dizer que esse foi um marco importante na desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos internados há longas datas, visto que muitos já haviam perdido o vínculo familiar ou as famílias se recusavam a recebê-los de volta em suas casas. Atrelada à criação do SRT, o Governo Federal promulgou a Lei nº 10.708, de 31 de junho de 2003, através da Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011, que além de criar a RAPS, criou

também o Programa De Volta para Casa (PVC), que forneceu suporte financeiro aos familiares e pacientes após sua saída dos hospitais psiquiátricos.

Dessa forma, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria nº 3088 de 23 de Dezembro de 2011 cria a RAPS, que conta como principal eixo o trabalho realizado pelos CAPS, articulados com hospitais-dia e ambulatorios, e atrelados à atenção básica. Segundo essa portaria, os CAPS seriam a única porta de entrada dos pacientes portadores de transtornos mentais e dependentes químicos no SUS, trabalhando em rede com a atenção básica, representada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), intensificando o fechamento dos hospitais psiquiátricos existentes e a diminuição das internações psiquiátricas.

Outra estratégia desenvolvida nos últimos anos foi a criação de uma perspectiva de tratamento diferenciado em saúde mental, denominado Projeto Terapêutico Singular/ Individual (PTS/I) (BOCCARDO, 2011). No PTS/I, o paciente é atendido por uma equipe multidisciplinar, superando o paradigma biomédico (BOCCARDO, 2011). Atrelado a essa conduta, há o conceito de matriciamento em saúde mental, que consiste na construção compartilhada entre equipes de saúde de uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica, “(...) possibilitando que profissionais de referência e especialistas mantenham uma relação horizontal e não vertical, como recomenda a tradição dos sistemas de saúde” (PEGORARO, 2014, p. 622).

O matriciamento visa melhorar a prática interdisciplinar e, portanto, exclui a lógica de encaminhamentos. Outra importante função dessa ferramenta é a diminuição de encaminhamentos de portadores de transtornos mentais ao CAPS, aumentando, com isso, a resolutividade da ESF. Porém, segundo Pegoraro (2014), é necessário aprimorar essa prática, pois o enfoque do modelo de saúde ainda é o biomédico. Ainda nesse contexto, Dimenstein (2009) ressalta a inabilidade dos profissionais que trabalham na ESF em acolher portadores de transtornos mentais, sendo necessário reforçar o apoio matricial a esses profissionais, visando à melhoria da RAPS.

Em fevereiro de 2019, o MS publicou a Nota Técnica nº 11, que estabelece as novas diretrizes a serem seguidas na área da saúde mental no país. Dentre seus principais pontos, estão o fim do termo “serviços substitutivos” em saúde mental, ou seja, colocando todo o aparato de políticas públicas nesta área em um mesmo patamar de importância. Segundo essa Nota Técnica, o Governo Federal pretende fortalecer e qualificar a RAPS e,

para isso, aumentará os recursos disponíveis, além de outras ações, tais como a criação do CAPS IV AD, em regiões de “cracolândias”, em municípios com população superior a 500 mil habitantes, o fortalecimento do Serviço Residencial Terapêutico (SRT), bem como a manutenção e a ampliação dos leitos em psiquiatria no país, mas mantendo o CAPS como porta de entrada do usuário em saúde mental no SUS. Sendo assim, a RAPS contará com os CAPS em suas diferentes modalidades, o SRT, as unidades de acolhimento (adulto e infanto-juvenil), as enfermarias especializadas em hospitais gerais, os hospitais psiquiátricos, hospital-dia, a atenção básica, os serviços de urgência e emergência, as comunidades terapêuticas e os ambulatórios multiprofissionais de saúde mental. De acordo com a Nota Técnica, todos esses serviços terão o mesmo grau de importância, compondo a nova RAPS (BRASIL, 2019).

2.2. Possíveis causas de (re)internações psiquiátricas

Segundo Bezerra (2011), a internação e a reinternação de pessoas com transtorno mental é um fenômeno denominado “*revolving door*”, que significa porta giratória, remetendo ao modelo de entrada e saída repetidas vezes, nesse estudo o autor aponta que falhas na RAPS e no modelo de saúde mental vigente, são propícias para que ocorra essa problemática não só no Brasil, como em diversos países do mundo.

Os motivos para que, ainda hoje, ocorram internações psiquiátricas são diversos, inclusive o próprio agravamento do quadro psíquico das pessoas portadoras dessas patologias, ou mesmo o uso cada vez maior de entorpecentes pela população brasileira. Segundo estudo realizado por Silva (2014) em um hospital geral do Paraná, 48,8% dos pacientes internados nos leitos psiquiátricos tinha como motivo para internação o consumo de substâncias psicoativas, comprovando a hipótese de que um dos motivos para as internações psiquiátricas seja o abuso no uso de álcool e drogas. Outro importante fator que influencia diretamente nas internações hospitalares em saúde mental é a baixa adesão dos pacientes e familiares ao tratamento, como comprova pesquisa realizada por Bezerra (2011), que apontou um índice de 70,8% de abandono do tratamento pelo egresso de internação psiquiátrica no núcleo de saúde mental em Ribeirão Preto/SP.

Porém, existem outros fatores que podem ser minorados pelo poder público, como falhas existentes na RAPS, sendo uma delas a falta de qualificação e capacitação de profissionais que trabalham na atenção primária em acolher e saber direcionar o tratamento de dependentes químicos e portadores de transtornos mentais. Nesse sentido, Dimenstein *et al.* (2014) constataram que diversos profissionais que atuam nas ESF se julgavam despreparados para acolher e atender os pacientes na área de saúde mental, reforçando a necessidade de qualificação continuada desses profissionais.

Além disso, a não prática do matriciamento dos pacientes pelos CAPS, em conjunto com as equipes de ESF, é apontada por Cassimiro (2014, p. 632) como justificativa importante para esse quadro: “[...] a prática do Matriciamento pode contribuir para a diminuição dos encaminhamentos de usuários da Atenção Básica para o CAPS, em função da presença dos especialistas na área de cobertura da ESF, dando resolutividade aos casos no próprio território”. Portanto, quando bem executado, o matriciamento pode antever ações de conduta e, com isso, diminuir as internações a partir do abandono do modelo biomédico, no qual o psiquiatra é a figura principal do tratamento.

Outro entrave ao bom funcionamento da RAPS é a falta de CAPS em cidades de menor porte. Segundo o MS (BRASIL, 2002), o CAPS I somente é autorizado em municípios com mais de 20 mil habitantes; ou seja, municípios menores, que representam a maior porcentagem no país, não contam com esse atendimento. Municípios de até 20 mil habitantes, que representam 68,4% do total de municípios brasileiros contam apenas com ambulatórios em saúde mental (BRASIL, 2014), ou por vezes nem isso, visto que não há uma obrigatoriedade, ou incentivo governamental para manter esse tipo de ambulatório, sendo assim, os pacientes oriundos dessas localidades ficam à mercê do encaminhamento a municípios de maior porte, usualmente feitos pelas Unidades de Pronto Atendimento (UPA's).

Segundo a Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, existem cinco tipos de CAPS, disponíveis no Sistema único de Saúde (SUS), definidos pelo contingente populacional de cada município ou macrorregião de saúde a saber: (a) CAPS I: capacidade de atendimento a um contingente populacional entre 20 mil a 70 mil habitantes, funcionando nos cinco dias úteis da semana no período de 08 às 18:00 horas; (b) CAPS II: capacidade de atendimento a um contingente populacional entre 20 mil a 70 mil habitantes ; (c) CAPS III: capacidade de atendimento a um contingente populacional acima de 200 mil habitantes,

funcionando todos os dias, inclusive feriados, durante 24 horas; (d) CAPS I e II: atendimento exclusivo a crianças e adolescentes em municípios ou regiões com contingente populacional superior a 200 mil habitantes, funcionando nos cinco dias úteis da semana no período de 08 às 18:00 horas, podendo ter um turno extra até as 21 horas; e (e) CAPS ad: específico para tratar portadores de transtornos decorrentes de substâncias psicoativas, capacidade de atendimento a um contingente populacional acima de 70 mil habitantes, funcionando nos cinco dias úteis da semana no período de 08 às 18:00 horas, podendo ter um turno extra até as 21 horas.

Esse gargalo da RAPS dificulta não só o acolhimento dessas pessoas, bem como um bom atendimento, devido à quebra no direcionamento previsto pela RAPS, que seria o direcionamento desse paciente da ESF diretamente aos CAPS. Isso provoca, também, a falta de matriciamento, o qual deveria ser feito em parceria entre o CAPS e a ESF, prejudicando o trabalho de referência e contrarreferência (GAMA, 2014). Confirmando essa hipótese de haver falhas nos encaminhamentos da RAPS, Silva (2014) comprovou que apenas 41,5% dos pacientes internados em leitos psiquiátricos tiveram um encaminhamento formal para um serviço de referência em saúde mental, após alta hospitalar, sendo que deveria haver um protocolo entre os CAPS de referência e os hospitais psiquiátricos, ou hospital geral com leitos psiquiátricos, para que no ato da alta hospitalar, já houvesse consulta pré-agendado no CAPS, para o paciente dar sequência ao tratamento realizado.

Além disso, a previsão do Ministério da Saúde (2004) é de que apenas os municípios com mais de 200 mil habitantes, ou em macrorregiões de saúde com essa população, possuem o CAPS III, que é o único aberto todos os dias da semana, 24 horas por dia. Os demais CAPS (I e II) permanecem abertos apenas durante a semana e em horários comerciais, podendo ter esse horário ampliado em algumas localidades. Esse fato provoca um vácuo na prestação de serviço em saúde mental, denotando outra falha existente na RAPS.

Pode-se dizer que a Nota Técnica nº 11/2019 tenta corrigir esses gargalos da saúde mental no SUS, pois ela altera as estratégias de conduta da saúde mental no país, tais como a suspensão do fechamento de hospitais psiquiátricos ainda existentes, o fortalecimento da RAPS, acabando com a ideia de serviços substitutivos e colocando todos os níveis de atenção possíveis para o tratamento desses pacientes no mesmo grau de importância, mas mantendo o CAPS e a ESF como porta de entrada desses pacientes no SUS. Essas alterações nas diretrizes em saúde mental no país, implementadas pelo MS, podem ser benéficas em regiões de

grandes concentrações populacionais, mas ainda são notórias as falhas na RAPS em cidades de menor porte, devendo ser esse ainda um gargalo importante para a boa prestação de serviço por essa rede.

2.3. Panorama da saúde mental em Barbacena

As políticas de atenção à saúde mental, em Barbacena, tiveram início em 1900, com a criação da Assistência aos Alienados de Minas Gerais, através da lei 290 de 16 de agosto de 1900. Essa lei foi articulada pelo então denominado Presidente do Estado de Minas Gerais, Francisco Sales, pois até então portadores de transtornos mentais em Minas Gerais eram encaminhados para o Rio de Janeiro. Em 1903, por questões políticas, foi instituída Barbacena como a cidade que prestaria assistência aos alienados em Minas Gerais, criando o Hospital Psiquiátrico de Barbacena, que posteriormente, em 1911, passou a ser conhecido como o Hospital Colônia. Esse nome foi dado em função da colônia de trabalho criada para os pacientes internados, com o pretexto de que o trabalho era uma forma de oficina terapêutica e de ressocialização. Porém, o principal objetivo era que os pacientes fizessem trabalhos de responsabilidade do serviço público, como capina de ruas, conserto de estradas, etc. (FASSHEBER, 2009).

O Hospital Colônia ocupava o prédio do antigo Sanatório Barbacena, que inicialmente era referência para o tratamento de tuberculose. Esse local, conhecido como Morro da Caveira, era próximo a uma estação de trem. Os pacientes encaminhados para tratamento em Barbacena, em sua maioria, chegavam a esse hospital via transporte ferroviário, por isso a denominação pelos críticos da época de “Trem de Doido” e, posteriormente, passou a ter foco na psiquiatria. Nesse mesmo período, diversos outros hospitais psiquiátricos foram abertos em Barbacena, como a Casa de Saúde Xavier e o Hospital Santa Isabel (FASSHEBER, 2009).

Inicialmente, o Hospital Colônia teria 200 leitos, mas na década de 1960 o hospital contava com mais de cinco mil pessoas internadas. Para esse hospital eram encaminhados não só portadores de transtornos mentais, mas, também, pessoas que eram opositores políticos da ditadura militar na época, além de prostitutas, homossexuais e

mendigos, ou seja, pessoas que eram marginalizadas pela sociedade da época (ARBEX, 2013).

Já no século passado, o Hospital Colônia ganhou repercussão pelas condutas adotadas com os pacientes internados. Em 1961, o fotógrafo Luiz Alfredo, do Jornal o Cruzeiro, trouxe a público as atrocidades ocorridas dentro do Hospital Colônia. Já em 1979, o jornalista Hiram Firmino divulgou diversas reportagens sobre esse tema, que deram origem ao filme “Em nome da razão” (LAVOR, 2008; MACÊDO, 2009). Foi nesse mesmo ano que o psiquiatra Franco Basaglia visitou o Hospital Colônia e inaugurou a reforma psiquiátrica brasileira. Recentemente, a jornalista Daniela Arbex escreveu o livro “Holocausto Brasileiro”, lembrando as péssimas condições de tratamento dados aos pacientes do antigo Hospital Colônia.

Com o advento da reforma psiquiátrica e da reforma sanitária, também na década de 1980, e a criação do SUS pela Constituição Federal de 1988, o tratamento aos portadores de transtorno mental também foi modificado em Barbacena. Assumido pela Fundação Hospitalar de Minas Gerais (FHEMIG) no final da década de 1980, o antigo Hospital Colônia passou a ser denominado Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB), tendo com prioridade a desinstitucionalização dos moradores que ainda permaneciam no local. Além disso, foi criado um museu, o “Museu da Loucura”, para lembrar as atrocidades ocorridas no passado (DE LAVOUR, 2008; PAIM, 1994).

Atualmente, Barbacena, conta com dois hospitais públicos exclusivamente para tratamento psiquiátrico, o Manicômio Judiciário (Jorge Vaz), órgão da Secretaria de Segurança Pública, não fazendo parte do SUS, e o CHPB/FHEMIG que detém 118 pacientes ex-moradores do Hospital Colônia e provenientes de outros hospitais psiquiátricos que foram encerrando suas atividades na cidade. Segundo o Sistema de Gestão de Informações Hospitalares (SGIH/CHPB), o hospital também conta com uma unidade ambulatorial (estando pactuados com o município 670 atendimentos por mês), residência médica em psiquiatria, um centro de trabalho de Oficinas Terapêuticas aberto à comunidade, além de uma unidade de atendimento a pacientes agudos com 30 leitos (20 masculino e 10 feminino), interligado a Rede de Assistência Psicossocial (SGI/CHPB, 2019). Na intenção de acelerar e aprimorar as altas dos pacientes asilares, o CHPB iniciou há 4 anos um projeto denominado “Casa Lar”, no qual os pacientes aptos a alta hospitalar são transferido para essas unidades, afim de se

readaptarem mais rapidamente ao convívio social. Atualmente o CHPB conta com três unidades de “Casa Lar” atendendo a 13 pacientes, em espera de vaga nas residências terapêuticas (SRT’s). Além disso, o Hospital Regional Dr. José Américo/FHEMIG, possui 10 leitos exclusivos para tratamento de saúde mental (SMS, 2018).

No município de Barbacena, a RAPS conta com CAPS ad, CAPS III, CAPS i (infantil), além de 28 SRT’s, mas apesar da macrorregião contar aparentemente com uma boa estrutura, as internações e reinternações ainda são constantes no CHPB, além disso, o quantitativo de SRT’S é aquém do necessário, sendo necessárias investigações focadas nos motivos que levam a essa situação, mesmo em um município com a política de saúde mental bem estruturada, como é Barbacena.

3. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa descritiva, que utilizou como técnica a revisão narrativa. Nesse tipo de estudo, busca-se investigar o estado da arte sobre determinado tema, estabelecendo relações entre produções anteriores, identificando temáticas recorrentes e apontando novos direcionamentos (VOSGERAU; ROMANOWSKI, 2014). Seu objetivo central é o mapeamento das informações já produzidas sobre a temática do estudo.

Para tanto, analisou-se teses, dissertações e artigos científicos produzidos no Brasil durante o período de 2000 a 2019, indexados nas bases de dados SciELO, Medline e LILACS; e selecionados por conveniência os registros encontrados que citavam a funcionalidade da Rede de Atenção Psicossocial no país e na macrorregião de Barbacena, o antigo Hospital Colônia e os serviços substitutivos na saúde mental no Brasil. Utilizou-se para a busca o cruzamento dos seguintes descritores: internações psiquiátricas, RAPS e gestão pública em saúde mental. Foram incluídos estudos cujo tema central fosse a análise da gestão em saúde mental no Brasil e do funcionamento da RAPS. O período em questão foi escolhido pois reflete o início efetivo do processo de desospitalização no município de Barbacena/MG, com a implantação do primeiro serviço de SRT's. O número de registros encontrados está apresentado na tabela 1, bem como o número de estudos analisados.

Tabela 1. Número de registros encontrados nas bases de dados selecionadas, de acordo com os descritores.

Ademais, foram consultados dados epidemiológicos sobre saúde mental, disponibilizados no site do Ministério da Saúde (DATASUS), na Gerência Regional de Saúde de Barbacena, Secretaria Municipal de Saúde de Barbacena e no Sistema de Gestão e Informação Hospitalar (SGIH/CHPB/FHEMIG), como taxas de morte por suicídio, taxa de internações e ocupação em leitos psiquiátricos, quantitativo de serviços substitutivos como CAPS e SRT's, para que fossem analisados à luz das publicações científicas encontradas, buscando identificar êxitos e falhas na gestão pública em saúde mental.

Como técnica de análise dos dados levantados, foi usado o modelo de Moreira (2005) que prevê a organização do material baseado em uma leitura crítica dos documentos encontrados, observando a caracterização, descrição e comentários, fichamento e

levantamento de assuntos recorrentes. Assim, os dados epidemiológicos foram discutidos à luz das referências encontradas.

4. Resultados

4.1. Âmbito Nacional

Após a análise e estudo dos artigos encontrados e selecionados sobre o tema em questão e comparando-os com dados encontrados sobre índices e taxas relevantes ao trabalho nas bases de dados dos governos Federal, Estadual e Municipal, pode-se inferir que a reforma psiquiátrica trouxe um novo modelo de assistência ao portador de saúde mental, promovendo o atendimento ambulatorial ao tratamento hospitalar. Segundo o Relatório da Atenção à Saúde Mental no SUS, a mudança do modelo assistencial vem sendo alcançado, apontando que, no ano de 2014, o país atingiu um gasto de 71,2% dos recursos destinados à saúde mental com serviços substitutivos, ou seja, extra-hospitalares, sendo que em 1997 eram gastos apenas 8% do orçamento da saúde mental com esse tipo de serviço (SILVA, 2014). Esse relatório também apontou que 72% dos pacientes que buscavam atendimento psiquiátrico passaram a ser atendidos pelos serviços de saúde mental substitutivos, e não mais pela internação integral.

Outros dados que demonstram a mudança no modelo assistencial são os que versam sobre as aplicações de recursos financeiros. Em 2002, os gastos hospitalares em saúde mental representavam 75,24% do aporte financeiro oferecido a essa área; já em 2014, se gastava 70,39% dos recursos em Atenção Comunitária/Territorial e apenas 20,61% em atendimento hospitalar. Esses dados inferem um ganho de eficiência na gestão pública de saúde mental, pois aumentou-se a abrangência do atendimento e manteve-se o aporte financeiro, visto que os gastos em atenção secundária são menores que os gastos com atenção terciária. Ou seja, a queda do número de leitos psiquiátricos promoveu um melhor gasto financeiro pela esfera pública, podendo inferir, também, um ganho em efetividade, pois atingiu-se os objetivos propostos na reforma psiquiátrica que seriam a diminuição dos leitos hospitalares, atrelado ao aumento dos serviços substitutivos (BRASIL, 2014).

Diante desse novo paradigma em saúde mental, pode-se dizer que o número de leitos em psiquiatria vem caindo gradativamente nos últimos anos, como mostram os dados do Ministério da Saúde. Em 2002, eram 51.393 leitos psiquiátricos do SUS cadastrados no CNES (Controle Nacional dos Estabelecimentos em Saúde), dados de 2016 apontam que existem 25.097 leitos psiquiátricos (AGÊNCIA BRASIL, 2017). Em contrapartida, o número

de CAPS teve aumento significativo, passando de apenas 148 em 1998 para 2209 em 2014 (BRASIL, 2014), demonstrando um aumento expressivo ao longo desses 16 anos, conforme pode ser visualizado no gráfico abaixo.

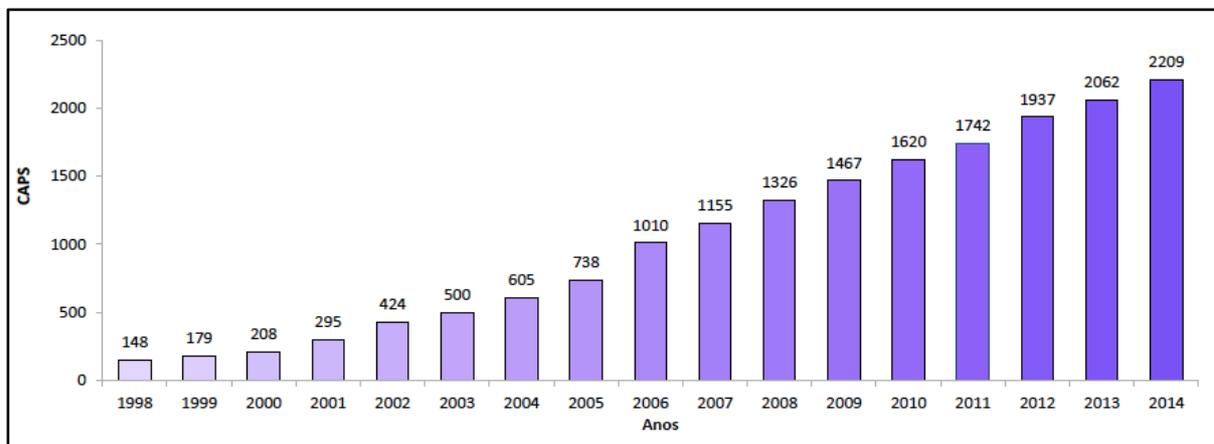


Figura 1. Série histórica da expansão dos CAPS (Brasil, dez/1998 a dez/2014).
Fonte: BRASIL, 2014.

A análise superficial desses dados permite inferir que o novo modelo de assistência psiquiátrica tem sido exitoso, já que os números demonstram um aumento nos serviços ambulatoriais em detrimento da redução dos números referentes às hospitalizações. Por outro lado, torna-se pertinente discutir se houve planejamento estratégico governamental para que essas mudanças fossem realizadas ou se, simplesmente, o modelo de assistência foi sendo substituído. Nesse intuito um estudo realizado pelo Conselho de Medicina de São Paulo analisou a qualidade dos CAPS, em 82 CAPS analisados, percebeu-se falhas no funcionamento dessas estruturas, bem como na rede assistencial, nesse trabalho o autor apontou diversas falhas, tais como: 25,3% dos CAPS não tinham retaguarda para emergências médicas; 31,3% não tinham retaguarda para emergências psiquiátricas e 42% não contavam com retaguarda para internação psiquiátrica; 27,4% não tinha articulação com a atenção primária; 45,2% não realizavam capacitação das equipes (LIMA, 2010).

Essa teoria de apenas substituição do modelo, sem um planejamento estratégico específico é reforçada pelo déficit de residências terapêuticas (SRT's) em Barbacena, atrasando com isso o fechamento total do antigo Hospital Colônia, hoje CHPB.

Ademais, esse novo modelo assistencial tenta trazer a família para o centro do tratamento do portador de transtorno mental ou dependente químico. Apesar disso, o estudo

realizado por Silva (2014) demonstrou que 77% dos portadores de transtorno mental ou dependentes químicos encaminhados para a internação hospitalar são acompanhados por algum parente, e que apenas em 33,8% dos casos há algum familiar no ato de sua alta hospitalar. Esse fato revela o preconceito social e familiar ainda existente para com esses pacientes, dificultando sua reinserção na sociedade após a internação.

A edição de 2014 do encarte “Saúde Mental em Dados”, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), apontou um aumento na habilitação de leitos em Saúde Mental em hospital geral, esses leitos se distinguem dos convencionais de psiquiatria em hospital geral, ou em hospitais psiquiátricos, conta obrigatoriamente com a cobertura da RAPS, ou seja, o paciente é encaminhado a esses leitos apenas com a mediação dos CAPS de referência, que após a alta hospitalar, desse paciente, o CAPS os recebem de volta para dar continuidade ao tratamento ambulatorial, promovendo o trabalho de referência e contrarreferência, bem como de matriciamento, tornando a RAPS eficiente e eficaz no tratamento do paciente.

Segundo a Secretaria de Saúde Mental do Ministério da Saúde, em 2014 o Brasil contava 0,129 leitos em Hospitais Psiquiátricos por 1000 habitantes. Porém, segundo a OCDE, o ideal é que se tenha um número de 0,3 leitos por 1000 habitantes (BRASIL, 2019). Esse dado permite inferir que o processo de descredenciamento ou fechamento de Hospitais Psiquiátricos no país, após a reforma psiquiátrica, tem sido exagerado, podendo causar impactos na prestação de atendimento à população e promovendo um desatendimento na psiquiatria, demonstrando uma possível falha no Planejamento Estratégico Governamental nessa área da saúde pública.

Através da portaria nº 106/2000 do Ministério da Saúde, foi instituído o programa de SRT's, sendo que, somente em 2011, o governo passou a financiá-las. Em 2014, alcançou-se o número de 289 SRT's em todo o país. Segundo Pereira (2008), essas residências terapêuticas têm o objetivo de fazer uma ruptura com o modelo hospitalar, funcionando em rede com os CAPS do município e a ESF, sendo papel desta última a realização de visitas semanais de agentes de saúde e enfermeiros ao paciente e a operacionalização da ponte entre a atenção primária e a secundária, no caso os CAPS. Contrapondo esse pensamento, Neto (2017) infere que as SRT's teriam o papel de garantir a continuidade do tratamento de pacientes asilares dos hospitais psiquiátricos; porém, o autor relata que há um desconhecimento técnico das equipes que deveriam dar suporte a essas unidades, no caso as

ESF e os CAPS, porém, esse número ainda é muito baixo, dificultando o trabalho de desinstitucionalização de hospitais psiquiátricos como o CHPB/FHEMIG.

Importante dado a ser observado é que, ao longo dos últimos anos, os registros de atendimento por transtornos mentais devido ao uso de álcool tiveram uma pequena queda, de 173,30 milhões em 2006 para 154,25 milhões em 2011 (BRASIL, 2014). Por outro lado, o atendimento por outras drogas aumentou de 63,77 milhões para 127,47 milhões no mesmo período. Esse dado aponta para uma discussão interessante, pois esses aumentos dos atendimentos refletem em uma maior abrangência da RAPS em todo o Brasil, conforme mostra o estudo de Alves (2017). Segundo a autora, a RAPS e os novos modelos de tratamento em saúde mental vêm proporcionando uma diminuição das internações em psiquiatria e produzindo uma sensação de bem-estar aos pacientes e familiares. Em contrapartida, para alguns autores esses números podem demonstrar que há falhas na prevenção desse tipo de transtornos mentais ou na própria rede de atendimento, levando os portadores desses distúrbios ao processo de “*revolving door*”, enfatizado por (BEZERRA, 2011), ou seja, o portador de transtorno mental passa por várias reinternações ao longo de sua vida, devido às falhas na gestão da RAPS, principalmente nos trabalhos de prevenção e referência/contrarreferência.

Outro gargalo da RAPS, apontado por vários autores, é a formação inadequada dos profissionais da atenção básica e atenção secundária quanto ao acolhimento, acompanhamento e matriciamento dos portadores de transtornos mentais, principalmente dos usuários de álcool e drogas, além do excesso de rotatividade de profissionais que trabalham nesses setores (BEZERRA, 2011; DIMENSTEIN, 2009; GAMA, 2014; NETO, 2017; PEGORARO, 2014). Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), o Projeto “Caminhos do Cuidado” objetiva treinar os Agentes de Saúde da Família na abordagem a esses pacientes. Para Torres (2016), esse projeto promove uma melhor interação entre os CAPS e a ESF, favorecendo o acolhimento e os encaminhamentos dos pacientes psiquiátricos. Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), em todo o país, em 2014, 226.321 agentes de saúde haviam passado por esse treinamento.

Outro dado que aponta que ainda há falhas na gestão do sistema de saúde pública bem como na prevenção e no atendimento a portadores de transtornos mentais, é o crescente aumento no índice de suicídios no país. Segundo o MS, através da Secretaria de Vigilância em

Saúde, o país registrou 11.433 mortes por suicídio em 2016, 2,3% a mais em relação ao ano anterior, sendo que hoje o suicídio é a quarta causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos. Ainda segundo o MS, esse índice vem crescendo desde 2007, quando ocorreram 4,9 mortes por 1000 mil habitantes, chegando em 2016 a 5,8 mortes por 1000 mil habitantes. Entre os homens, o aumento desse índice é ainda mais significativo, passando de 7,8 mortes por 1000 habitantes em 2007 para 9,2 mortes por 1000 habitantes em 2017 (DATASUS, 2017).

4.2. Âmbito regional

No âmbito regional, percebe-se que alguns dados encontrados que apontam falhas na gestão de saúde mental no país são replicados na macrorregião de Barbacena. O número de leitos em Saúde Mental no Estado de Minas Gerais, em 2014 era 176 leitos, sendo que no município de Barbacena havia apenas 10 leitos desse tipo cadastrados, apontando por isso uma falha de gestão da RAPS da macrorregião de Barbacena, pois esse tipo de leito melhora a eficiência e eficácia da RAPS, no tratamento ao portador de transtorno mental. Já quanto a quantidade de SRT's, Barbacena conta com 28 unidades, atendendo cerca de 98 usuários, porém esse número se mostra insuficiente, pois segundo SGI/CHPB/FHEMIG há ao menos 20 pacientes aguardando vaga para serem desospitalizados.

Quanto a capacitação de trabalhadores em saúde mental, o município participa do Projeto “Caminhos do Cuidado” do governo Federal, todavia, não foi disponibilizado o quantitativo de profissionais participantes desse projeto. Ainda nesse sentido, segundo a Secretaria Municipal de Saúde de Barbacena, todos os agentes de saúde do município passam por treinamentos rotineiramente, através do “Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde” (BARBACENA, 2018).

O MS também tem trabalhado na oferta de residência em psiquiatria e residência multiprofissional em saúde mental. Dados do Governo Federal apontam que, em 2014, havia a oferta de 339 vagas nessas residências. Em Barbacena, o CHPB oferta quatro vagas de residência em psiquiatria por ano, mas, segundo Neto (2017), a residência em psiquiatria no CHPB ainda apresenta um viés de formação dos psiquiatras focados no tratamento segundo o modelo antigo, ou seja, manicomial.

Outro índice importante e que denota falhas nos serviços de saúde mental, é o aumento da taxa de suicídios, que se reflete também na macrorregião de Barbacena. Em 2015

foi registradas 20 mortes por suicídio (CID 10 X60 e X 84), já em 2016 houve um aumento de mais de 10% de óbitos por suicídio, registrados na macrorregião de Barbacena, chegando a 24 casos (DATASUS, 2016). Segundo o MS, em municípios que possuem CAPS, o índice de suicídios é 14% menor, demonstrando como a falta do CAPS e, principalmente, a desarticulação da RAPS nas macrorregiões de saúde impactam negativamente sobre esse índice. Pode-se dizer que essa desarticulação da rede é notada especialmente no que tange ao processo de referência e contrarreferência, em municípios que necessitam encaminhar seus pacientes a municípios de maior porte. (BEZERRA, 2011). É necessário enfatizar que além de Barbacena, apenas mais quatro municípios da macrorregião contam com algum tipo de CAPS (Conselheiro Lafaiete, São João Del Rei, Congonhas e Ouro Branco), apesar de já haver outros municípios com contingente populacional para a criação de uma unidade de CAPS, com é o caso do município de Carandaí, demonstrando a morosidade ainda existente na implantação dos serviços ditos substitutivos.

Mesmo após os avanços da reforma psiquiátrica, pode-se dizer que as políticas de saúde mental no Brasil ainda apresentam muitas falhas, como os CAPS funcionando de forma desarticulada entre si e com pouca conexão com a atenção básica (ESF), o despreparo dos profissionais para implementar o PTS/I e o matriciamento. Atrelado a isso, há um déficit de residências terapêuticas para desinstitucionalização de usuários, mesmo com a crescente constante desse serviço segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014). Há ainda a necessidade de se criar mecanismos de avaliação contínua do serviço extra-hospitalar, pois conforme dito por Lima (2010, p.17), “[...] parece que a implantação de serviços, concebidos como mais éticos, mais justos e mais integrais, asseguraria, por si só, a saúde do sistema”

5. Considerações Finais

Diante do exposto, essa pesquisa conclui que os avanços na política pública de saúde mental no Brasil, implementados nas últimas décadas, foram eficientes no sentido de humanizar o tratamento ao portador de distúrbios psiquiátricos, extinguindo praticamente todos os Hospitais Psiquiátricos. Essa nova metodologia de atendimento, através do trabalho em rede da atenção primária (ESF) e secundária (CAPS), promoveu as famílias a colaboradoras no processo de reabilitação, o que não ocorria no passado. Em contrapartida, também foi observado que ainda falta efetividade na gestão pública em saúde mental, principalmente no funcionamento e articulação da RAPS, comprovado por vários artigos pesquisados. Esses achados no âmbito Nacional, se reflete também na macrorregião de Barbacena, demonstrado pelo aumento progressivo dos índices de suicídios na região, bem como ainda haver hospitais como CHPB/FHEMIG, que além de ter 118 pacientes crônicos internados, ainda detém 30 leitos para internações do portador de transtorno mental em crise, regulado pela RAPS de Barbacena.

Dessa forma, apesar dos ganhos da nova política de saúde mental, ainda há muito a melhorar ao se avaliar a gestão do funcionamento da RAPS, principalmente na articulação entre os CAPS e a atenção primária em municípios de pequeno porte. É necessário, também, melhorar os trabalhos de prevenção em níveis ambulatorial e atenção básica, além de avançar na formação dos profissionais da atenção básica no que se refere ao acolhimento e matriciamento dos portadores de transtorno mental.

Por fim, é preciso destacar algumas limitações deste trabalho, como a dificuldade em encontrar dados atualizados nas bases de dados oficiais dos governos Federal, Estadual e Municipal, além disso a burocracia e morosidade de autarquias do Estado de Minas Gerais, no caso a FHEMIG, em autorizar pesquisas em suas unidades hospitalares, mesmo sem exposição da referida instituição ou de pacientes internados no hospital que seria realizado o trabalho.

Aponta-se que é preciso aguardar e avaliar, em pesquisas futuras, como as mudanças propostas recentemente pelo Ministério da Saúde, através da Nota Técnica Nº 11/2019, emitida pelo Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação Geral de Saúde Mental terão a eficácia desejada pela nova gestão de saúde mental, na correção

desses gargalos encontrados atualmente na RAPS e na prestação de serviço aos pacientes portadores de transtornos mentais. Ademais, destaca-se a relevância de realizarem-se pesquisas com os atores da saúde mental, em todos os níveis de atenção à saúde no esforço de identificar as dificuldades e falhas apontadas no presente estudo, do ponto de vista dos usuários, trabalhadores e gestores, fornecendo ao poder público subsídios para a implementação de políticas públicas mais eficientes e eficazes na área de saúde mental do Brasil.

Referências

AGÊNCIA BRASIL. **CFM: oferta de leitos psiquiátricos no SUS diminui quase 40% em 11 anos.** Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-03/cfm-oferta-de-leitos-psiquiatricos-no-sus-diminui-quase-40-em-11-anos%3famp>. Acesso em 06 abr. 2019.

ARBEX, D. **Holocausto brasileiro.** 1 ed. São Paulo: Geração Editora, 2013.

BEZERRA C. G.; DIMENSTEIN, M. O fenômeno da reinternação: um desafio à Reforma Psiquiátrica. **Mental**, v. 9, n. 16, p. 303-326, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1679-44272011000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 19 jan. 2019.

BOCCARDO, A. C. S. et al. O Projeto terapêutico singular com estratégias de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 22, n. 1, p. 85-92, jan./abr. 2011. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14124>. Acesso em 19 jan. 2019.

BRASIL. Lei nº 102016, de 6 de Abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 6 abr. 2001. p. 2. Acesso em 17 fev. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Série F. Comunicação e Educação em Saúde: **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial Brasil.** Brasília – DF. 2004. Acesso em 17 fev. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Portaria nº 106/2000. **Cria o Sistema de Residência Terapêutica.** Brasília – DF. 2000. Acesso em 17 fev. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Dispõe sobre as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial.** Brasília – DF. 2002. Acesso em 17 fev. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, 2005. Acesso em 17 fev. 2019.

_____. Portaria nº 3088, 23 de Dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para as pessoas com sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas.** Brasília, 23 dez. 2011. Acesso em 17 fev. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental. **Cadernos de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Acesso em 17 fev. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados - 12**. Informativo eletrônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Acesso em 10 fev. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação Geral de Saúde Mental. Nota Técnica N° 11/2019. **Assunto: Esclarecimento sobre mudanças Política de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Acesso em 17 fev. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de informações sobre mortalidade**. Disponível em: <<https://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohmt.exe?sim/cnv/ext10>>. Acesso em 08 abr 2019.

CÂMARA, F. P. Vida e obra de Nise da Silveira. **Psychiatry ON-line Brazil**, v. 7, n. 9, set. 2002. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano02/wal0902.php>. Acesso em 17 out. 2019.

DE LAVOR, A. Trem de doido, cidadania a bordo. **RADIS Comunicação e Saúde**, n. 70, jun. 2008. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/70/reportagens/trem-de-doido-cidadania-bordo>. Acesso em 23 fev. 2019.

DIMENSTEIN, M. et al. O apoio matricial em unidades de saúde da família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 1, p. 63-74, mar. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902009000100007&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 23 fev. 2019.

GAMA, C. A. P.; CAMPOS, R. O. Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na estratégia da saúde da família. **Revista Saúde em Debates**, v. 38, n. 101, p. 293-304, jun. 2014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2014.v38n101/296-304/pt/>. Acesso em 09 fev. 2019.

GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE BARBACENA: **Taxa de internações psiquiátricas na macroregião de Barbacena/MG**. [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <chpb.fisioterapia@fhemig.mg.gov.br> em 04 abr. 2019.

MACEDO, L. F. Michel Foucault, A loucura e A Reforma Psiquiátrica em Minas Gerais: Breve Comentário do Curta-metragem “Em Nome da Razão”. **CliniCAPS**, n. 08, maio/ago. 2009. Disponível em: https://www.clinicaps.com.br/clinicaps_revista_08_art_04.html. Acesso em 23 fev. 2019.

MILIAUSKAS, C. R., FAUS, D.P.; JUNGER, W. Associação entre internações psiquiátricas, cobertura de CAPS e atenção básica em regiões metropolitanas do RJ e SP. **Ciência e Saúde Coletiva** (2017/Set). [Citado em 09/02/2019]. Está disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/associacao-entre-internacoes-psiquiaticas-cobertura-de-caps-e-atencao-basica-em-regioes-metropolitanas-do-rj-e-sp/16415?id=16415>. Acesso em: 08 fev. 2019.

MOREIRA, S. V. Análise documental como método e como técnica. In: DUARTE, J.; BARROS, A. **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. São Paulo: Atlas, 2005. p. 269-279.

NETO, F. K.; DUNKER, C. I. L. Depois do Holocausto: Efeitos Colaterais do Hospital Colônia em Barbacena. **Psicologia em Revista**, v. 23, n. 3, p. 952-974, dez. 2017. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/8181>. Acesso em 23 fev. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Folha informativa - transtornos mentais**. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5652:folha. Acesso em 19 fev. 2019.

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E O DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO. **Health at a Glance: Europe 2018**. Disponível em: <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm>. Acesso em 20. fev. 2019.

PAIM, J. S. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços, desafios. **The Lancet**, v. 377, n.1, p. 11-31, 2011. Disponível em: http://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf. Acesso em 23 fev. 2019.

PEGORARO, R. F.; CASSIMIRO, T. J. L.; LEÃO, N. C. Matriciamento em saúde mental, segundo profissionais da estratégia da saúde da família. **Psicologia em Estudo**, v. 19, n. 4, p. 621-631, out/dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v19n4/1413-7372-pe-19-04-00621.pdf>. Acesso em 23 fev. 2019.

PEREIRA, R. **De volta para casa: A vida nas residências terapêuticas e o trabalho dos cuidadores**, em Barbacena-MG. 2008. 117 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Centro de Estudos Gerais, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: http://lemetro.ifcs.ufrj.br/dissertacao_rafael.pdf. Acesso em 23 fev. 2019.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BARBACENA. **Plano Municipal de Saúde de Barbacena 2018-2021**. Disponível em: <<http://barbacena.mg.gov.br/download/PMS-plano-municipal-de-saude-de-barbacena>> Acesso em 05 mar. 2019.

SISTEMA DE GESTÃO E INFORMAÇÃO HOSPITALAR/CHPB/FHEMIG. **Informação sobre número de leitos psiquiátricos CHPB/FHEMIG**. [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <chpb.fisioterapia@fhemig.mg.gov.br> em 01 abr. 2019.

TORRES, O. M. et al. Caminhos do cuidado: formação de saúde mental na atenção básica. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 8, n. 19, p. 77-96, 2016. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/3459>. Acesso em 23 fev. 2019.

VIEIRA, S. M. **A rede de atenção psicossocial em Corumbá-MS: perspectivas dos profissionais**. 2017. 87 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade

Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2017. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=5844132. Acesso em 23 fev. 2019.

VOSGERAU, D. S. R.; ROMANOWSKI, J. P. Estudo de revisão: implicações conceituais e metodológicas. **Revista Diálogo Educacional**, v. 14, n. 41, p. 165-189, jan./abr. 2014. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/dialogoeducacional/article/view/2317>. Acesso em 23 fev. 2019.