



## Rede de atenção a saúde mental: uma análise das territorialidades, redes sociais e “nós”

Erika Guerrieri Barbosa

Maria Aparecida Sá Xavier

Tipo de trabalho: dissertação, resultados preliminares.

### Resumo

A saúde mental, à saúde física e social são temas “entrelaçados” e indispensáveis para o bem estar da sociedade. A magnitude dos transtornos mentais e comportamentais e seu efeito incapacitante e de relevância social, induz a discussão do cuidado na atenção primária. Assim o objetivo dessa pesquisa é compreender os nós, atritos, aspectos das territorialidades expressas e percepções de um grupo de usuários de saúde mental e do serviço de saúde mental no tocante à assistência na atenção primária. Trata-se de um estudo qualitativo do método etnográfico (etnografia interpretativista de Geertz – hermenêutica) adaptado à Geografia (leitura do espaço social construído) – etnogeografia. O estudo foi realizado com usuários da saúde mental com transtorno bipolar e esquizofrenia, moradores de área de abrangência de um centro de saúde em uma capital. Os resultados preliminares apontam fatos como a percepção dos profissionais de saúde quanto a assistência e responsabilização do cuidado aos usuários de saúde mental; o território da saúde e o acesso ao serviço como ponto crítico da relação usuário equipe de saúde da família. Considerações finais: A saúde mental e suas necessidades particulares, tem que ter importância, não apenas na mão da equipe de saúde mental, mas também na mão das equipes de saúde da família, que necessitam ampliar o olhar para o cuidado, tornando-o mais importante que o simples cumprimento de metas e rotinas, freqüentemente estabelecidas de forma política e dissociada das territorialidades existentes no território da saúde

Palavras chaves: saúde mental, territorialidade, atenção primária.

### Introdução

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2001), a Saúde mental, à saúde física e social são temas “entrelaçados” e indispensáveis para o bem estar da sociedade. Porém, a saúde mental, está sempre à margem da saúde física, sendo um tema muitas vezes ignorado e negligenciado. Assim no Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001, a OMS, declara que “a saúde mental – negligenciada durante demasiado tempo - é essencial para o bem-estar geral das pessoas, das sociedades e dos países (...)”, chamando a todos para repensar sobre o “(...) ônus das perturbações mentais e os seus custos em termos humanos, sociais e econômicos.

Historicamente as pessoas acometidas por transtornos mentais e comportamentais eram institucionalizados como uma forma de distanciá-las do convívio da sociedade para tratamento do considerado processo de loucura (Amarante, 1995). De acordo com Goffman (2007), o tratamento dos problemas relacionados à mente eram realizados exclusivamente em instituições totais, sendo popularmente conhecidas como asilos, manicômios, prisões, etc.

Estatisticamente estima-se que 450 milhões de pessoas sofrem de desordem mental ou comportamental, sendo este um fator universal podendo afetar de 20 a 25% de



todas as pessoas em qualquer país, sociedade e durante qualquer idade da vida (FLECK, 2000).

Segundo a OPAS, 2001, em 1990 na região das Américas estimavam-se que 144 milhões de pessoas sofriam de algum distúrbio mental, e em 2010 esse número pode chegar a 176 milhões. (OPAS, 2001).

De acordo com o Ministério da Saúde, no Brasil, 3% da população geral sofre com transtornos mentais severos e persistentes; 6% da população apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas; 12% da população necessita de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual e 2,3% do orçamento anual do SUS são destinados a Saúde Mental.

Das dez condições que mais causam incapacidade, cinco são mentais sendo essas a depressão, alcoolismo, distúrbio bipolar, esquizofrenia e distúrbios obsessivo-compulsivos. As síndromes depressivas são, atualmente, reconhecidas como um problema prioritário de saúde pública, já que a depressão maior unipolar afeta cerca de 50 milhões de pessoas em todo o mundo, sendo considerada pela OMS como a primeira causa de incapacidade entre todos os problemas de saúde.

A prevalência de transtornos mentais não psicóticos variam de 7% a 26%, sendo mais elevadas no sexo feminino (20,0%) do que no masculino (12,5%). Os quadros depressivos correspondem ao terceiro problema de saúde entre mulheres residentes em países desenvolvidos e ao quinto entre as mulheres de países em desenvolvimento. Além dos sintomas depressivos, entre os transtornos mentais que predominam entre as mulheres, estão àquelas relacionados aos fatores psicossociais e ambientais, como transtorno de ansiedade, transtorno de ajustamento, insônia, estresse, transtorno de alimentação e anorexia nervosa.

Segundo ALMEIDA FILHO, 1997, em pesquisa realizada em três capitais brasileiras, utilizando a prevalência durante a vida, que é a ocorrência de síndromes psiquiátricas em qualquer momento da vida, foi observado que em São Paulo, 31 % da população apresenta ou já apresentou algum distúrbio psiquiátrico, em Porto Alegre esse número chega a 42,5 % e é ainda maior em Brasília, onde a prevalência chega a 50,5 %.

Existem estudos que prevêem aumento de 50,4% dos problemas com componente psicossocial acentuado entre os anos de 1985 e 2000, tais como doenças cardiovasculares, cirrose, suicídio, acidentes automobilísticos e doenças causadas pela desnutrição e avitaminose. A projeção para década atual é que aproximadamente 88 milhões de pessoas sejam afetados por distúrbios psiquiátricos, cifra que apresenta um aumento de 48,1% em relação a 1985. Prevê-se um crescimento de 53,1% das



esquizofrenias na América Latina e no Caribe. As autoridades máximas da OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde) afirmam que a América Latina, enfrenta uma pandemia de distúrbios psiquiátricos, o que derruba a ideia errônea de que as sociedades menos industrializadas são imunes a eles (DESVIAT, 1999). Assim nota-se a importância do desenvolvimento da atenção à saúde precisamente para atender as demandas geradas por essa pandemia e criar recursos sociais e de saúde para a prevenção desses males.

O sistema de saúde no Brasil sofreu diversas alterações a partir da década de 70, foi organizado priorizando a Atenção Primária, que é um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que envolvem: promoção de saúde, prevenção de agravos à saúde, o diagnóstico, tratamento, reabilitação e orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade, integralidade, humanização, equidade, participação social e da coordenação do cuidado (MENDES, 2009).

Porém, paralelamente à organização da Atenção Primária, nos anos de 1970 e 1980, a Organização Mundial da Saúde (WHO, 1984) reconhece a magnitude dos problemas de saúde mental e admite a impossibilidade de seu cuidado ficar centralizado exclusivamente na assistência hospitalar. A somatória de fatos como as diversas experiências de reforma da assistência psiquiátrica no mundo ocidental e as recomendações da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) contidas na Carta de Caracas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1990) desencadeiam o início de experiências de transformação da assistência. Pautadas inicialmente pela reforma intramuros das instituições psiquiátricas (comunidades terapêuticas) e mais tarde pela proposição de um modelo centrado na comunidade, onde serviços descentralizados se integram e complementam os serviços psiquiátricos em unidades de cuidados gerais, ocorre ainda à formação de cuidadores não especializados e estímulo à participação da comunidade, se configurando um serviço substitutivo ao modelo do hospital especializado (TORRENTÉ, 1995).

Esses dois importantes processos de mudança, atenção primária e a reforma psiquiátrica, possuem traços de semelhança no que diz respeito a seus princípios, diretrizes e objetivos. Podemos destacar alguns pontos semelhantes no que se refere ao objeto e meios de trabalho. O Modelo Psicossocial (da reforma psiquiátrica) e atenção primária propõem que fatores políticos, biopsíquicos e socioculturais sejam tomados como determinantes de saúde. A comunidade é apontada como “lugar” privilegiado para o cuidado centrado não mais na doença, mas na pessoa e suas possibilidades de vida. Seus pressupostos teóricos contribuem para o estabelecimento de uma nova relação



entre as pessoas com transtornos mentais e suas comunidades, bem como daquelas com a loucura, na medida em que entendem o sujeito além de seu sofrimento e dentro do seu contexto social. A forma de tratamento envolve o sujeito, familiares e outros grupos sociais, ampliando o cuidado.

Surge então, nesse contexto, a necessidade de descentralização dos serviços e da atenção à saúde mental, onde questões de ordem social, demográfica e organizativas são fundamentais para o planejamento e gestão do cuidado no território.

Considerando que:

*“A Atenção Primária é aquele nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em outro lugar ou por terceiros. (Starfield, 2002).”*

Esta pesquisa tem como questão principal os nós e atritos gerados e perpetuados entre a atenção primária e os usuários de seus serviços, mais especificamente usuários com esquizofrenia e transtorno bipolar, residentes em área de abrangência de equipes de saúde da família, em uma capital do Brasil. A atenção primária é a porta de entrada do usuário no sistema de saúde e deve possuir um território bem delimitado, fornecer atenção para todas as condições agudas e crônicas. É regida pelos princípios de integralidade, acessibilidade, primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e centralização na família orientada pela comunidade.

Após observações do campo de estudo (unidade de atenção primária) percebi uma dificuldade de adesão e continuidade do tratamento de usuários com esquizofrenia e transtorno bipolar. Observei que o modo como o usuário vive e a forma a qual os profissionais da saúde se expressam no território podem ser pontos críticos dessas relações. Então, com base nessas observações e nos conhecimentos de território e territorialidade, fazemos o seguinte questionamento: Partindo do pressuposto que existem duas territorialidades, a do serviço de atenção primária à saúde mental e a dos usuários do serviço. Como é compreendida a fricção entre as duas? Em razão disso: onde estão os nós desta relação?

Assim esse resumo, trata-se de uma prévia dos resultados da pesquisa realizada para defesa do mestrado em Gestão Integrada do Território. A pesquisa, tem por objetivo geral, compreender os nós, atritos, aspectos das territorialidades expressas e percepções de um grupo de usuários de saúde mental e do serviço de saúde mental no tocante à assistência na atenção primária.



## **Metodologia**

### **Tipo de Estudo**

Trata-se de um estudo qualitativo do método etnográfico (etnografia interpretativista de Geertz – hermenêutica) adaptado à Geografia (leitura do espaço social construído) – etnogeografia. Este foi escolhido com a finalidade de compreender estas percepções e territorialidades (como uma ação). A antropologia tem como projeto formular uma ideia de humanidade construída pelas diferenças, resultado do contraste dos nossos conceitos (teóricos ou de senso comum) com outros conceitos nativos, para tal usarei a etnografia.

Porém, uma revisão bibliográfica dos assuntos que circundam o objeto tais como: saúde mental, o normal e o patológico, espaço, território, territorialidades, também será realizada a fim de fundamentar o objeto.

### **Local do Estudo**

Este será realizado no município de Belo Horizonte no Bairro Ozanan. Mas precisamente será realizado com um grupo de usuários do Centro de saúde Cidade Ozanan, residentes na área de abrangência das 4 Estratégias de Saúde da família (ESF), existentes neste centro de saúde.

### **População do estudo**

- 1- Um grupo de pacientes (atores sociais) da saúde mental acompanhados pelo CAPII (CERSAM) de Belo Horizonte, pertencente à área de abrangência do Centro de Saúde Cidade Ozanan. Esses atores devem ser residentes em área de ESF, do Centro de Saúde Cidade Ozanan.
- 2- Um grupo de profissionais que trabalham diretamente com este grupo de pacientes no Centro de saúde Cidade Ozanan ( Agentes comunitários de Saúde, Médicos, enfermeiras e Gerente da unidade).

### **Fonte de informação**

Para o estudo de campo e identificação dos pacientes usamos o conhecimento dos agentes comunitários de saúde do Centro de Saúde Cidade Ozanan e a equipe matricial em saúde mental para através deles identificar os possíveis usuários para a pesquisa. Quando necessário à confirmação de alguns dados, como endereço, idade e diagnóstico, foi utilizado o prontuário do usuário arquivado no próprio Centro de Saúde. Os usuários de saúde mental e os próprios funcionários do centro de saúde serão fonte de informação já que a metodologia a ser utilizada é a etnogeografia , onde através da observação participante serão registradas as impressões dos atores sociais envolvidos e grafados mapas mentais.



## Resultados e discussão preliminares

Serão expostos, neste primeiro momento, uma parcial dos resultados da pesquisa principal, que segue os objetivos e metodologia descrita acima.

Essa primeira parte refere-se a análise do território da unidade de atenção primária, o papel e a percepção da equipe de saúde da família em relação aos usuários com esquizofrenia e transtorno bipolar.

Foram feitas observações do campo durante 8 meses, nos quais além de observar o campo e percorrer o território das unidades, realizamos entrevistas com profissionais de 4 equipes de saúde da família, alocadas em um centro de saúde da região nordeste de Belo Horizonte. As primeiras impressões do campo, diz respeito ao território da saúde, onde observou-se:

1) A divisão organizativa da saúde em Minas Gerais, divide em macro e microrregiões o estado, para otimizar a organização política e financeira da saúde. E cada município do estado organiza de forma particular seu território da saúde. Na capital do estado, Belo Horizonte, o território municipal foi dividido em regionais de saúde, as quais possuem dispositivos da rede de atenção a saúde, dos três níveis de complexidade assistencial. A área de estudo fica na região nordeste e consiste em uma área extensa, com população estimada em 35.000 habitantes, que faz parte da abrangência do Centro de Saúde Cidade Ozanan. O Centro de saúde possui 4 equipes de Saúde da Família (ESF) e 01 equipe tradicional, o que divide o território de abrangência deste em 5 partes, ficando a cargo das ESF as áreas de maior vulnerabilidade social. A área de abrangência das ESF, ainda são redivididas em 5 ou 6 micro áreas, que fica sobre responsabilidade dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Os ACS são o elo entre a comunidade e o centro de saúde, estes conhecem a realidade de cada família e ainda moram próximo a elas, fazendo com que o vínculo seja o principal princípio cultivado por estes profissionais. Em observação nota-se uma cumplicidade entre os usuários de saúde mental e os ACS, que os visitam em casa pelo menos 1 vez por mês quando estes estão estabilizados. Já quando os usuários estão em períodos de instabilidade (surto), a frequência das visitas aumentam podendo ser diárias e/ou semanais. Nessa rede de relacionamento, entre a família do usuário de saúde mental, o usuário e o ACS existe dependência, amizades, preferências, intrigas e fofoca. O regime de troca de informações entre os procedimentos médicos são padronizados e passados para as famílias e usuários de saúde mental com um padrão de soberania da saúde, mesmo de forma próxima e popularmente adaptada pela ACS. Assim observa o poder da saúde chegando ao usuário, através dos ACS, que



possuem responsabilidades técnicas, mesmo fazendo parte dessa rede de relação enquanto indivíduo com territorialidade própria ora enquanto sujeito da comunidade com opinião própria formada enquanto usuários do serviço de saúde, ora como ator principal da saúde e ente de poder no processo de territorialização da saúde. Esses pontos serão aprofundados no artigo principal dessa pesquisa.

2) Outro ponto observado foi o acesso do usuário ao serviço. A divisão da área de abrangência do centro de saúde, faz com que a distancia entre este e a casa do usuário seja muito grande, sendo necessário o deslocamento por ônibus, taxi ou carro, condução esta nem sempre acessível ao usuário, que já possui renda reduzida, devido a aposentadoria por invalidez. Este fato foi levantado por vários profissionais entrevistados, como problema social que dificulta o controle e a condição de saúde do usuário. Essa observação trás a tona um problema social, a invalidez, poder soberano do outro sobre o usuário; e a territorialização da saúde, necessária para oferecer acesso, e que neste contexto pode ser um dos nós da relação entre usuário e a atenção primaria.

3) A percepção dos profissionais da saúde quanto a saúde mental. Em entrevistas com os profissionais da unidade observa um descompasso quanto a responsabilidade do cuidado para os usuários da saúde mental. No discurso sabe-se que a responsabilidade do cuidado quando estes usuários estão estabilizados 'e da equipe de saúde da família, porém os profissionais em seu discurso se referem aos usuários como " paciente da saúde mental" ou " ele 'e do CERSAM ( centro de referencia em saúde mental)". Nos discursos muitos profissionais falam que sabem que o usuário de saúde mental tem uma necessidade diferente dos demais usuários, porém relatam que a rotina da unidade não os permitem atender ou dar a atenção que estes usuários necessitam. Assim acreditamos que outro ponto de atrito entre o serviço de saúde analisado e o usuário de saúde mental, passa pela organização do serviço que em observação nota-se que não respeita a territorialidade dos usuários que ali buscam assistência.

Inicialmente, levantamos esses principais pontos, para iniciar a discussão proposta por este trabalho. As entrevistas com os usuários estão em análise e assim poderemos identificar as territorialidades dos grupos pesquisado. Mapas mentais, fatos, falas, fotos e arte serão apresentados como conteúdo de análise da observação do campo analisado.

### **Considerações finais**

Observa-se de forma preliminar que o preconceito, a fofoca, a organização da saúde, o poder e o modo de vida dos usuários de saúde mental, são pontos primordiais para discutir os nós e atritos da relação dos usuários e da atenção primaria. O acesso a saúde na atenção primaria deve ser discutida de forma ampla na unidade pesquisada. A



saúde mental e suas necessidade particulares, tem que ter importância, não apenas na mão da equipe de saúde mental, mas também na mão das equipes de saúde da família, que necessitam ampliar o olhar para o cuidado, tornando-o mais importante que o simples cumprimento de metas e rotinas, freqüentemente estabelecidas de forma política e dissociada das territorialidades existentes no território da saúde.

### Referencias bibliográficas

ALMEIDA, F.N; MARI, J.J.; COUTINHO, E. et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. **British Journal os Psychiatry**, p.524-529, 1997.

AMARANTE P. **A clínica e a Reforma Psiquiátrica**. In: Amarante P, coordenador. Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Nau Editora; 2003. p. 45-66.

Brasil. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.68 p.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; MINAYO, Maria Cecília de Souza; AKERMAN, Marco; JÚNIOR, Marcos Drumond; CARVALHO, Yara Mara de . **Tratado de Saúde Coletiva**. 1ª ed. São Paulo : Hucitec; Rio de Janeiro: ed. Fiocruz, 2006.

DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**. Coleção Loucura e Civilização. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro.1999.

GONDIM, G. M. M. ; MONKEN, Maurício . **Territorialização**. In: Pereira, Izabel Brasil; Lima, Júlio Cesar França. (Org.). Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2009, v. único, p. 392-399)

GONZÁLEZ UZCÁTEGUI, R. **Salud mental em La comunidad em America Latina**. Ejemplo de programas. In Levav, I.(Org.) Temas de Salud Mental en La comunidad. OPAS, WASHINGTON, D.C.,1992.

HAESBAERT, Rogério. **Des-caminhos e perspectivas do território**. In: RIBAS, Alexandre Domingues; SPOSITO, Eliseu Savério; SAQUET, Marcos Aurélio (Org.). Território e desenvolvimento: diferentes abordagens. Francisco Beltrão – PR:Unioeste, 2004, p. 87-119

HAESBAERT, Rogério. **O mito da desterritorialização: do “fim dos territórios” à multiterritorialidade**. 3.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007.

HAESBAERT, Rogério. Região, Diversidade territorial e globalização. **Revista GEOgraphia**. Ano 01, nº 01, 1999.





- KAPLAN HI, SADOCK BJ, GREBB JA, editores. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 7<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. Terapias biológicas. P. 809-946.
- LEVI-STRAUSS, Claude. **A ciência do Concreto**. In: Levi-Straus, Claude .O Pensamento Selvagem. Editora Papyrus, Campinas,1989. P 15-49.
- ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. **Manual de diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-IV**. Trad. Deyse Batiste, Artmed, 4<sup>o</sup> ed, Porto Alegre: Artes Medicas Sul, 2000, p. 263-302.
- MENDES, Eugenio V. **As redes de atenção à Saúde**. Editora ESP-MG, Belo Horizonte, 2009.
- MERHY, E.E.; **A cartografia do trabalho vivo**. 3a Ed. São Paulo: Editora Hu c i t e c ; 2002.
- MONKEN, Maurício ; GONDIM, G. M. M. . Territorialização em Saúde: diagnostico das condições de vida e situação de saúde. 2002.
- MONKEN, Maurício; GONDIM, Grácia M. M. et al. **O território na Saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente**. Apresentado no III Seminário Nacional de Saúde e Ambiente, Rio de Janeiro, setembro de 2004.
- OPAS; OMS. **128<sup>a</sup> Sessão do comitê executivo**. Organização Pan-Americana da Saúde: Organização Mundial da Saúde. EUA, p.1-13, 25-29 jun, 2001.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10 versão 2008**. Disponível em: <www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.html. Acesso em: 12 abril. 2010.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Caracas**. Venezuela: Organização Mundial de Saúde: 14 de novembro de 1990. Disponível em <http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/declaracaocaracas>. Acesso em 22 de outubro de 2010.
- PAIM JS. **Saúde da família: espaço de reflexão e contra-hegemonia**. Interface Comun Saúde Educ 2001; 5:143-6.
- PLISZKA, S.R.; **Neurociência para clínicos de saúde mental**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p 220.
- SACK, R. D. **Human Territoriality**. Cambridge: Cambridge University Press, 1986. SACK, Robert D. Territorialidade Humana: sua teoria e Historia. Cambridge University Press, 1986.
- SILVA, Joseli Maria.Culturas e Territorialidades Urbanas: Uma abordagem da pequena cidade. **Revista de História Regional**, Vol. 5, n. 2, 2000.



SOUZA, M.L. **O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento.** In CASTRO, I. et al. (org.) Geografia: conceitos e temas. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p. Disponível em <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001308/130805por.pdf> .

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health care in developing countries: a critical appraisal of research findings.** Geneva: World Health Organization; 1984. (WHO Technical Report Series, 698).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Organization of mental health services in developing countries. Sixteen report of WHO Expert Committee on Mental Health.** Geneva: World Health Organization; 1975. (WHO Technical Report Series, 564).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Relatório Mundial da Saúde. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança,** Genebra, 2001.