



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA- UnB
FACULDADE DE CEILÂNDIA- FCE
SAÚDE COLETIVA

PAULO HENRIQUE GOMES DA SILVA

Percepção dos usuários sobre a Rede de Saúde Mental na Região Administrativa de Ceilândia

BRASÍLIA

2013

PAULO HENRIQUE GOMES DA SILVA

Percepção dos usuários sobre a Rede de Saúde Mental na Região Administrativa de Ceilândia

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à universidade de Brasília-UnB- Faculdade de Ceilândia como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Pedro de Andrade Calil Jabur

BRASÍLIA
2013

Silva, Paulo Henrique Gomes da .
Percepção dos usuários sobre a Rede de Saúde Mental na Região Administrativa de
Ceilândia/ Paulo Henrique Gomes da Silva.- Brasília: Universidade de Brasília, 2013.

Orientador: Prof. Dr. Pedro de Andrade Calil Jabur
Monografia (Bacharelado) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia.

1. Redes de Atenção a Saúde 2.Saúde Mental

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio
convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Assinatura:

Data:

PAULO HENRIQUE GOMES DA SILVA

Percepção dos usuários sobre a Rede de Saúde Mental na Região Administrativa de Ceilândia

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília – UnB- Faculdade de Ceilândia
como requisito parcial para obtenção do título de bacharel
em Saúde Coletiva.

Monografia aprovada em 22 de Julho de 2013 para obtenção do título de Bacharel
em Saúde Coletiva

Comissão Examinadora

Prof. Dr. Breitner Luiz Tavares
Universidade de Brasília

Prof. Ms Sérgio Ricardo Schierholt
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Pedro de Andrade Calil Jabur
Universidade de Brasília

Dedico esse trabalho de conclusão de curso a todos os que residem na região de Ceilândia para que eles e toda a sociedade compreendam e valorizem a riqueza e a sabedoria que há em cada história.

A minha avó Joana (in memorian), que sempre foi minha amiga e companheira e que me mostrou a importância dos estudos, o amor e a dedicação ao ser humano.

A minha namorada Kelly que está comigo em qualquer que seja o momento agindo como meu ponto de calma e sempre sendo meu porto seguro.

A todos por confiar e acreditar em mim e nas possibilidades da Graduação em Saúde Coletiva.

Obrigado a todos vocês.

AGRADECIMENTOS

Em princípio agradeço a Deus por guiar meus caminhos, proteger e me amar incondicionalmente e a Maria Mãe de Deus por ser meu elo e minha intercessora.

As minhas irmãs por compreenderem minhas ausências, estresses e angústias e estarem comigo em todas as minhas vitórias.

A minha namorada por todos os ensinamentos durante esses anos e por ser parte integrante e presente nesse estudo.

A Universidade de Brasília, meus professores e colegas que me auxiliaram e me encaminharam na minha formação profissional e pessoal. Agradeço em especial aos professores Pedro Jabur, José Iturri, Clélia Parreira, Sérgio, Patrícia Escalda e Braitner.

Agradeço imensamente ao meu orientador Pedro Jabur não apenas pela dedicação e atenção destinada a mim e a minha pesquisa, mas também pelos conselhos e palavras de ânimo quando eu não as encontrava mais dentro de mim.

A todos os que participaram da pesquisa e por toda sabedoria que vocês emanam.

Por fim quero agradecer ao professor Braitner e o professor Sérgio por aceitarem fazer parte da comissão examinadora da presente pesquisa.

Silva, P.H. G. **Percepção dos usuários sobre a Rede de Saúde Mental na Região Administrativa de Ceilândia**. 2013. 51f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, Curso de graduação em saúde coletiva, Brasília, 2013.

RESUMO

O aumento da população nas últimas décadas traz consigo novas demandas e aprimoramento da assistência a saúde prestada a população. A pesquisa buscou identificar e analisar a percepção dos usuários sobre a Rede de Atenção a Saúde na região Administrativa de Ceilândia. A pesquisa tentou analisar o perfil dos usuários dos serviços de saúde distribuídos no território. O estudo foi do tipo descritivo de abordagem qualitativa. Foi utilizado um instrumento elaborado pelos pesquisadores para coleta de dados sobre a percepção da Rede de Atenção a saúde, pois não encontramos instrumentos padronizados que estivessem de acordo com os objetivos da pesquisa. Participaram da pesquisa 30 moradores da Região Administrativa de Ceilândia através da aplicação do questionário. A maioria é do sexo masculino tem idade variando de 17 a 61 anos, desconhecem os equipamentos de saúde mental distribuídos no território e afirmam precisar de maiores informes acerca da Rede de Saúde Mental.

Palavras Chaves: Redes de Atenção a Saúde, Saúde Mental

SILVA. P.H.G. Users perception about the Mental Health Network Administrative Region of Ceilândia. 2013. Monograph Graduation – Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, Collective Health, Brasília, 2013.

ABSTRACT

The increase in population in recent decades brings new demands and improving the health care provided to the population. The research sought to identify and analyze the user's perception about the Health Care Network in the area of Administrative Ceilândia. The research attempted to analyze the profile of users of health services distributed on the territory. The study was a descriptive qualitative approach was used an instrument developed by the researchers to collect data on the perception of health Care Network, since we found no standardized instruments that were in line with the research objectives. Participants were 30 residents of the Administrative Region of Ceilândia through the questionnaire. Most are male is aged 17-61 years old, unaware of the mental health facilities distributed in the territory and claim to need more reports about the Mental Health Network.

SUMÁRIO

1. Introdução.....	11
1.1 O surgimento do Distrito Federal.....	15
1.2 A história de Ceilândia.....	16
1.3 Ceilândia de Hoje.....	17
1.4 Perfil Epidemiológico Ceilândia.....	19
2. O Processo de Reforma Psiquiátrica.....	21
3. Constituição da Rede de Saúde Mental.....	22
3.4 Papel Estratégico CAPS para a Rede de Saúde Mental.....	24
4. Rede de Atenção Saúde-RAS.....	25
4.1 Conceituação.....	31
5. Objetivos.....	32
5.1 Objetivos Gerais.....	32
5.2 Objetivos Específicos.....	32
6. Materiais e Métodos.....	33
6.1 A pesquisa.....	33
6.2 Aspectos Éticos.....	33
7. Discussão e Considerações Finais.....	35
7.1 Características Demográficas da Amostra.....	35
7.2 Percepções da População sobre Redes.....	39
Referências	40
Anexo A.....	45
AnexoB.....	46

1. INTRODUÇÃO

1.1 O SURGIMENTO DO DISTRITO FEDERAL

A história do Distrito Federal pode ser contada de várias formas, principalmente no que tange a sua construção. Apesar de todo o contexto histórico que já apontava para que a capital da república mudasse para o centro do país desde antes do governo Juscelino Kubitschek (JK), foi no dia 19 de setembro de 1956 com a publicação da Lei Nº 2.874 que instituiu a Companhia Urbanizadora da Nova Capital (NOVACAP) que o sonho da construção de Brasília começou a se concretizar.

Juscelino visitou as terras onde seriam erguida a nova capital prédios pela primeira vez, em 2 de outubro de 1956.

A instituição da NOVACAP e a visita de Juscelino representaram a concretização do sonho dos inconfidentes mineiros e de vontades políticas de gerações em transferir a capital do Rio de Janeiro para o Planalto Central.

O urbanista Lúcio Costa foi o vencedor dentre 26 concorrentes do projeto urbanístico para a nova capital com o seu Plano Piloto para Brasília, a cidade que seria feita em moldes de avião, partia de encontro com os planos apresentados pelo então Presidente para o desenvolvimento do país.

Além da construção física, no período de 1957 até 1960, outra importante construção foi feita na área de Brasília, a populacional. Uma intensa imigração de operários para o Planalto Central ocorreu durante o período de construção como podemos observar no quadro abaixo.

Tabela 1 – População Recenseada

LOCALIDADE	1957(1)	1959(2)	1960(3)
Distrito Federal	12.700	64.314	141.742
Brasília	6.283	45.781	92.761
Plano Piloto	xxx	11.007	71.728
Núcleo Bandeirante	2.212	17.761	21.033
Acampamentos	3416	11250	xxx
Outros locais	5763	xxx	xxx
Taguatinga	*	3.677	27.315
Brazlândia	xxx	355	734
Sobradinho	*	*	10217
Planaltina	xxx	2.245	4.651
Gama	*	*	811

xxx - Dado inexistente na fonte indicada, * - Localidade inexistente no ano indicado
Fontes: (1) IBGE. *1º. Recenseamento de Brasília*. Rio, IBGE, 1957; (2) IBGE. *Censo Experimental de Brasília*. Rio, IBGE, 1959; e (3) FIBGE. *Brasília*. Rio de Janeiro, FIBGE, 1969.

Aliado a alta demanda populacional se deu a necessidade de moradias e a criação de espaços urbanos. Vila Planalto, Candangolândia, Metropolitana e alguns outros locais serviram de abrigo para os operários que mudaram para Brasília, isso se expandiu com o aumento da demanda de mão de obra para a construção civil e com a mudança paulatina dos servidores públicos federal do poder executivo e judiciário e do Congresso Nacional.

Os servidores públicos, deputados e senadores ao mudarem para a cidade residiam nos poucos hotéis existentes e nos prédios residenciais ainda inacabados, (PAVIANI, 2007) talvez aqui começa a segregação social no Distrito Federal, que separou os trabalhadores e construtores de Brasília daqueles que ali chegavam para trabalharem e continuarem a construir a cidade.

1.2 A HISTÓRIA DE CEILÂNDIA

Conhecer a história de Ceilândia, maior região administrativa do Distrito Federal é conhecer a história do Distrito Federal não contada.

A construção do DF em 1960 trouxe para o centro do país, milhares de trabalhadores em busca do sonho de construção de uma nova vida representada por uma cidade de curvas sinuosa e imponente no tamanho da magnitude de seus monumentos.

As obras de Oscar Niemeyer e a ousadia de Lúcio Costa projetaram uma cidade que ficaria marcada na história do Brasil não simplesmente pelo seu papel de capital do país ou pela importância na interiorização do Brasil, mas como marco de um novo Brasil.

Como já afirma PAVIANI (2007) este “novo Brasil” não aconteceu através de um processo igualitário de distribuição de renda e espaço de habitação, inclusão e de respeito. Os trabalhadores e imigrantes que ascenderam ao Planalto Central em busca do sonho “Brasília” logo sofreram com a segregação e a diferenciação características de nosso País.

Em 14 de outubro de 1970, quando o governo publica o Decreto nº 1.473 que cria o Grupo Executivo de Remoção – GER, visando à erradicação dos assentamentos e do que chamavam de favelas, espaços de moradia dos excluídos do sonho brasiliense.

O Governo utilizou do argumento do Plano Diretor de Água, Esgoto e Controle da Poluição do Distrito Federal, que afirmava que as ocupações em um raio de 15 km do Plano Piloto causariam danos irreversíveis ao meio ambiente.

O argumento técnico que fantasiou os argumentos e preconceitos políticos contra os imigrantes, logo transformou os moradores de várias vilas e espaços do DF em invasores. Um destes e talvez o mais famoso e importante, foi à vila do IAPI, o embrião da maior cidade do DF, Ceilândia.

Ceilândia surge como parte dessa política de remoção das Vilas do IAPI, Tenório, Bernardo Sayão, Esperança e Morro do Querosene, todas situadas próximas ao Núcleo Bandeirante, e que foram levadas para um local distante do Plano Piloto.

A cidade tem sua data oficial de nascimento o dia 27 de Março de 1971, dia do começo da Campanha de Erradicação de Invasões – CEI. O Mesmo CEI desta campanha que foi um marco discriminatório para o DF, também deu origem ao nome da maior região administrativa da cidade.

A transferência de cerca de 80 mil pessoas das diversas vilas existentes para a Ceilândia, criou um grande movimento de resistência no Distrito Federal. Os moradores das vilas reivindicavam um local perto do trabalho para viver e a necessidade de se manter os vínculos afetivos das vizinhanças, por exemplo.

Para estas pessoas que já tinham deixado seus locais de origem (geralmente estados nordestinos), em busca de serem absorvidos pelo mercado de trabalho da nova capital, novas promessas soavam como incertezas, inseguranças e humilhações. (MACHADO, 1997)

Com a transferência e a promessa de um bom local para viver, as lutas se intensificaram. A população de Ceilândia se organizou através de movimentos sociais, destes destacamos “os incansáveis” e o “Movimento dos inquilinos do Setor ‘O’”.

Todos os movimentos tinham duas pautas centrais em sua atuação, a garantia de Direitos Fundamentais para a atuação e a vida na Ceilândia e a luta pela moradia.

Uma das lutas de destaque foi à luta pela água, essa narrada por seus moradores de forma romântica e onde a Caixa d’água símbolo da cidade representa a conquista do Direito a se ter água em Ceilândia.

Ceilândia não parou de crescer, no início 1980 a cidade tinha cerca de 280 mil habitantes, segundo dados do IBGE. A explosão demográfica das áreas periféricas ao Plano Piloto se deveu a forte corrente migratória da década de 70, 80 e 90 e ao engessamento das áreas nobres do Plano Piloto. A maioria das casas de Ceilândia no período inicial de sua fundação foram construídas com base em mutirões organizados por estes e que levantaram os primeiros setores N e M norte, após esses veio o Setor O, P norte, P Sul e Guariroba. Setores como o Q e o R, surgiram no fim dos anos 80 e início dos anos 90, respectivamente.

Confronto

A suntuosa Brasília e a esquelética Ceilândia contemplam-se

Qual delas falará primeiro?

Que tem a dizer ou a esconder

uma em face da outra?

Que mágoas, que ressentimentos

prestes a saltar da goela coletiva

e não se exprimem?

Por que Ceilândia fere o majestoso

orgulho da flórea capital?

Por que Brasília resplandece

Ante a pobreza exposta

dos barracos de Ceilândia

filhos da majestade de Brasília?

E pensam-se, remiram-se em silêncio

as gêmeas criações do bom brasileiro.

Carlos Drummond de Andrade

1.3 CEILÂNDIA DE HOJE

A Ceilândia de hoje se difere muito da Ceilândia do início do Distrito Federal, barracos de madeira hoje se transformaram em grandes casas e condomínios começam a povoar a cidade. A doação de imóveis deu lugar a especulação imobiliária na valorização acelerada dos imóveis da cidade e a infra-estrutura pública que era quase nenhuma avançaram.

Hoje a cidade conta com 142 escolas, um hospital e onze centros de saúde, os milhares de moradores que foram jogados na cidade no seu começo hoje têm a companhia de centenas de milhares de habitantes, a cidade hoje tem 398.374 habitantes, segundo o censo de 2010 do IBGE.

Os caminhões que faziam transporte de moradores, já não existem mais, duas rodoviárias, 5 estações de metrô e uma estrutura de vans fazem o transporte da cidade.

Cidade ainda conta com os maiores índices de violência no Distrito Federal, a expansão desordenada e a falta de planejamento do Estado ainda são verificadas com os novos setores que se iniciaram como os Condomínios Por do Sol e Sol Nascente.

Ceilândia, historicamente apresentada ao Brasil como a maior favela do País, hoje tem dentro do seu território a segunda maior favela do país, o condomínio Sol Nascente, que conta com mais de 50 mil habitantes em mais de 15 mil casas construídas por trabalhadores das “classes” “C” e “D” que em busca do sonho da casa própria foram vítimas da grilagem de terra peculiar da capital federal e da falta de políticas habitacionais do Estado.

A Cidade hoje se une a Taguatinga e Samambaia e movimento a economia local, dentro do Distrito Federal esse eixo das três regiões administrativas corresponde a cerca de 1/3 do PIB da cidade.

Ceilândia é a cidade com mais comerciários no DF, cerca de 100 mil e um dos principais pólos de geração de empregos da cidade.

A Cidade também é um celeiro cultural, o rap e forró estão por todos os cantos. Ceilândia possui na “Casa do Cantador” Obra de Oscar Niemeyer um de seus pontos

turísticos, e ponto que homenageia o povo nordestino que vive na maior cidade do Distrito Federal.

1.4 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO CEILÂNDIA

A região administrativa de Ceilândia possui uma população apaixonada pela cidade, no entanto que muito desagrada e influenciam diretamente na saúde é a violência e a poluição. Ceilândia é uma cidade que tem nível alto de mortalidade, provavelmente isso é devido a doenças em geral e ao alto índice de criminalidade seguido de homicídios.

O maior índice de causas externas que acomete a Ceilândia é o homicídio, visto que a taxa é de 25,6 e tem uma porcentagem de 15% em relação ao Distrito Federal, seguido de acidentes de transporte, que podem ser acidentes de carro e outros.

Tabela 2- Relatório de eventos Vitais

Localidade	Acid.						Homicídi		Outra	
	transporte	Taxa	Quedas	Taxa	Suicídio	Taxa	o	Taxa	s CE	Taxa
Ceilândia	74	18,9	15	3,8	18	4,6	100	25,6	30	7,7
Ignorada	22	-	1	-	3	-	28	-	4	-
Total	456	19,5	140	6,0	89	3,8	621	26,6	180	7,7

Fonte: DIVEP/SIS/SES-DF Relatório de Eventos Vitais – Distrito Federal – 2005

Em relação às RAs que compõem o Distrito Federal, a taxa de natalidade da Ceilândia esta na média em torno de 55, porém é mais alta do que o Distrito Federal.

Tabela 3- Número de nascidos vivos, taxa de natalidade e fecundidade.

Número de nascidos vivos, taxa de natalidade e fecundidade (2006)			
Localidade de Residência	Nascidos vivos	Taxa de Natalidade*	Taxa de Fecundidade**
Ceilândia	7.809	19,5	54,2
Taguatinga	5.079	17,9	47,5
Samambaia	3.784	19,8	54,1
Distrito Federal	44.990	18,9	51,9
Fonte: Divep/SES/DF * para cada grupo de 1000 habitantes, ** para cada grupo de 1000 mulheres em idade fértil			

Em relação à infraestrutura da cidade observa-se que todos os setores urbanos de Ceilândia encontram-se atendidos por redes de água potável com exceção de alguns setores de invasões como Setor Habitacional Sol Nascente e Por do Sol ambos localizados na periferia da cidade.

A coleta do lixo é vista pelos moradores como bem organizado, pois é coletado de segunda a domingo, sendo coletado 99% dos resíduos produzidos pela população.

Com sua área totalmente eletrificada, a população de Ceilândia vem sendo atendido por duas subestações da CEB.

Epidemiologicamente pode-se notar que entre a população ceilândense houve um aumento no número de casos de rubéola e dengue em relação aos anos de 2004 para os anos de 2005 e 2007, nos casos de rubéola e AIDS (adulto) teve um aumento de 2004 para 2005, porém no ano de 2007 teve uma queda significativa. Esses dados podem ser por ocorrência de programas e projetos, tanto do governo, como de setores privados que estimulem a sociedade a ter uma preocupação maior com as saúde, ou até mesmo por uma responsabilidade da própria comunidade.

Nos anos de 2004 a 2007, os homens de Ceilândia permanecem com maior número de mortalidade. No ano de 2004 para o ano de 2005 e 2006, todas as faixas etárias apresentaram um aumento no numero de mortalidade, exceto na faixa etária de 5 a 59 anos. Já no ano de 2007 esses dados permaneceram em uma mesma média.

Com relação à mortalidade infantil na Ceilândia observa-se que há uma constância ao analisar os dados, visto que os coeficientes de mortalidade infantil, mortalidade infantil tardia e mortalidade neonatal têm uma porcentagem cerca de 14,9%

dos casos registrados no Distrito Federal e podemos associar esse alto índice de Ceilândia com o baixo peso dos nascidos vivos, já que quase 20% das crianças que nascem com menos de 1,500 kg são da Ceilândia, influenciando na taxa de mortalidade infantil.

O índice de mortalidade materna de Ceilândia é um dos maiores do Distrito Federal, visto que em 2002, 37,5% dos óbitos do DF foram registrados na Ceilândia, 20% em 2003 e 23,8 em 2004, isso ocorre devido a falta de informações que acometem as gestantes, outros fatores que estão diretamente ligados a mortalidade materna e a mortalidade infantil são número de nascidos vivos por idade gestacional, em que no Distrito Federal, cerca de 14% dos nascimentos com menos de 36 semanas ocorreram na Ceilândia, comprometendo tanto a integridade da mãe quanto a do bebê, e a quantidade de consultas pré-natais, já que a Ceilândia retém quase 15% do total do Distrito Federal, em que as mães não realizaram nenhum exame pré-natal.

2. O PROCESSO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA

O processo da Reforma Psiquiátrica é contemporâneo ao movimento sanitário brasileiro, este vem para mudar o modo de assistência prestada aos usuários do sistema de saúde.

A Reforma Psiquiátrica surge com objetivo de prestar a assistência ao usuário de forma diferenciada ao modelo hospitalocêntrico visto que, é centrada no protagonismo e empoderamento do usuário, fazendo que este seja parte integrante do processo saúde-doença.

Está sendo considerada reforma psiquiátrica o processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria.

No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização (AMARANTE, 1995).

O processo da Reforma Psiquiátrica vem pautado por ideologias políticas, que defendem uma modificação da assistência prestada aos cidadãos com transtornos mentais.

A mudança da assistência é multifatorial e todos os atores envolvidos participam de alguma forma nessas mudanças. As principais modificações estão no cotidiano desses indivíduos, ou seja, na busca pela autonomia nas atividades de vida diária (AVD) e atividades instrumentais de vida prática (AIVP) resgatando o papel social desse usuário, tal processo significa um avanço a favor da vida e da inclusão desses indivíduos na sociedade, e que por vezes tinham seus direitos negados ou eram marginalizados.

É a força e luta dos movimentos sociais revoltados com a situação da saúde mental em território nacional e cansados de observar cotidianamente as situações desumanas que seus parentes eram expostos, que forneceram base teórica para a política de saúde mental no Brasil.

Esse movimento traz como umas das bandeiras de luta a denuncia aos maus tratos dos hospitais psiquiátricos e a centralização do cuidado no hospital com a lógica de exclusão além da falta de uma rede de saúde mental substitutiva e condizente com a realidade de cada indivíduo com transtorno psíquico.

O ano de 1978 é identificado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país, com a criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), combinando reivindicações trabalhistas e um discurso humanitário. O MTSM alcançou grande repercussão e, nos anos seguintes, liderou os acontecimentos que fizeram avançar a luta e mostrar o seu caráter definidamente antimanicomial. (TENÓRIO, 2002).

No ano de 1989, é proposta, no Congresso Nacional, o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. (VALENTIM, 1999) A partir daí começa uma luta em prol da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativos e normativos.

Após 12 anos de debates, que a Lei Paulo Delgado é sancionada no país. Lei esse que redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, arranja sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios (BRASIL, 2005), problema esse que os movimentos sociais sempre quiseram combater e a Lei não conseguiu avançar. Outro problema encontrado é como seria a extinção dos leitos psiquiátricos em hospitais gerais, e ainda hoje não se tem um prazo mínimo para acontecer tal transição.

O Ministério da Saúde sentindo a necessidade de efetivar de fato a Reforma e implanta uma política de recursos humanos voltada para a Reforma Psiquiátrica. Essa política surge com intuito de traçar estratégias para a questão da saúde mental, do álcool e outras drogas, incorporando como ferramentas a redução de danos, gerando assim uma rede de atenção em saúde mental influenciando os hospitais aonde a assistência psiquiátrica era praticamente inexistente.

Logo após a promulgação no Senado Federal a Lei 10.216 é sancionada. Depois disso, ocorre em Brasília, a III Conferência Nacional de Saúde Mental, como uma presença ativa de usuários dos serviços de saúde mental e de seus familiares e de militantes da reforma. Nessa conferência têm-se deliberações acerca da Reforma e são pactuadas democraticamente estratégias de regulação para a mudança no modelo de assistência prestada os usuários em sofrimento psíquico.

Sendo assim a III Conferência Nacional de Saúde Mental consolida a Reforma Psiquiátrica como política de Estado, conferindo ao Centro de Atenção Psicossocial - CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência prestado, defendendo a consolidação de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, e estabelece o controle social como parte da sociedade cível organizada o avanço para a Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2005).

3. CONSTITUIÇÃO DA REDE DE SAÚDE MENTAL

A construção de uma rede comunitária de cuidados é um fator preponderante para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, pois não estamos falando em serviços hospitalares complementares e sim de serviços substitutivos de assistência a saúde.

A rede de atenção à saúde mental, composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais.

Caracteriza-se por propor uma rede integrada de atenção a saúde onde todos os pontos de atenção a saúde consigam minimamente obter um diálogo com os outros pontos da rede, a fim de construir uma pactuação de cuidados para os usuários em sofrimento psíquico, gerando assim um compartilhamento nas ações em saúde realizadas.

Somente uma organização em rede, é capaz de fazer face à complexidade das demandas de inclusão de pessoas com transtornos mentais historicamente marginalizadas da sociedade.

Segundo Sluzki (1997) somente quando tivermos uma rede com equipamentos de saúde espalhados pelo território, se articulando para garantir resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais.

Merhy (2004) coloca que há necessidade de articular diversos equipamentos da cidade, e não apenas equipamentos da saúde, pois com isso desenvolveremos ações regionalizadas e hierarquizada e poderemos buscar o princípio da integralidade que tanto falta no nosso sistema de saúde.

Para se trabalhar em rede precisa-se entender o território onde estamos inseridos, conhecer a realidade da população, analisar as instituições ali instaladas.

Assim, o território é mais que a designação de um espaço geográfico das pessoas, é o local que se desenvolve a vida humana e se organiza as ações em saúde, através dele podemos identificar potencialidade do indivíduo.

Trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns (BRASIL, 2005).

3.1 PAPEL ESTRATÉGICO CAPS PARA A REDE DE SAÚDE MENTAL

Com a criação dos CAP temos uma nova mudança no pensamento da assistência prestada as pessoas em sofrimento psíquico. A partir dele há uma forte redução das internações nos hospitais gerais e uma forma humanizada de tratamento os usuários.

Uma das funções estratégicas dos CAPS é garantir a inserção do portador de transtorno mental na sociedade, analisando o ambiente que esta inserido esse individuo e quais as relações sociais que obtém, tem o dever de regular a porta de entrada e dar suporte para a rede de atenção básica, como afirma (BRASIL, 2005) desenvolve ações em saúde mental chegando até 56% das intervenções em saúde para um rede formada com tantos equipamentos de saúde instalados.

No território tem-se uma assistência em saúde mental, CAPS mostra-se como um agente estratégico, já que muitas vezes esses são o primeiro contato do usuário com os serviços de saúde.

O CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do SUS, local de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e persistentes e demais quadros que justifiquem sua permanência num dispositivo de atenção diária, personalizado e promotor da vida. Os CAPS podem ser de tipo I, II, III, álcool e drogas (CAPS ad) e infanto-juvenil (CAPSi).

Os CAPS I são os Centros de Atenção Psicossocial de menor porte, capazes de oferecer uma resposta efetiva às demandas de saúde mental em municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes - cerca de 19% dos municípios brasileiros, onde residem por volta de 17% da população do país. Estes serviços têm equipe mínima de nove profissionais, entre profissionais de nível médio e nível superior, e têm como clientela adultos com transtornos mentais severos e persistentes e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para o acompanhamento de cerca de 240 pessoas por mês.

Os CAPS II são serviços de médio porte, e dão cobertura a municípios com mais de 50.000 habitantes - cerca de 10% dos municípios brasileiros, onde residem cerca de 65% da população brasileira. A clientela típica destes serviços é de adultos com

transtornos mentais severos e persistentes. Os CAPS II têm equipe mínima de 12 profissionais, entre profissionais de nível médio e nível superior, e capacidade para o acompanhamento de cerca de 360 pessoas por mês. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana.

Os CAPS III são os serviços de maior porte da rede CAPS. Previstos para dar cobertura aos municípios com mais de 200.000 habitantes, os CAPS III estão presentes hoje, em sua maioria, nas grandes metrópoles brasileiras – os municípios com mais de 500.000 habitantes representam apenas 0,63 % por cento dos municípios do país, mas concentram boa parte da população brasileira, cerca de 29% da população total do país.

Os CAPS III são serviços de grande complexidade, uma vez que funcionam durante 24 horas em todos os dias da semana e em feriados. Com no máximo cinco leitos, o CAPS III realiza, quando necessário, acolhimento noturno (internações curtas, de algumas horas a no máximo sete dias). A equipe mínima para estes serviços deve contar com 16 profissionais, entre os profissionais de nível médio e superior, além de equipe noturna e de final de semana. Estes serviços têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 450 pessoas por mês.

Os CAPSi, especializados no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais, são equipamentos geralmente necessários para dar resposta à demanda em saúde mental em municípios com mais de 200.000 habitantes. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 180 crianças e adolescentes por mês. A equipe mínima para estes serviços é de 11 profissionais de nível médio e superior.

Os CAPSad, especializados no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, são equipamentos previstos para cidades com mais de 200.000 habitantes, ou cidades que, por sua localização geográfica (municípios de fronteira, ou parte de rota de tráfico de drogas) ou cenários epidemiológicos importantes, necessitem deste serviço para dar resposta efetiva às demandas de saúde mental. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 240 pessoas por mês. A equipe mínima prevista para os CAPSad é composta por 13 profissionais de nível médio e superior.

4. REDE DE ATENÇÃO SAÚDE - RAS

4.1 CONCEITUAÇÃO

Na literatura acadêmica existem diversas definições de rede de atenção à saúde – RAS.

Para Castells (2000), as redes são novas formas de organização social, do Estado ou da sociedade, intensivas em tecnologia de informação e baseadas na cooperação entre unidades dotadas de autonomia.

Para Fleury e Ouverney (2007). As redes têm sido propostas para administrar políticas e projetos em que os recursos são escassos e os problemas complexos; onde há interação de agentes públicos e privados, centrais e locais; onde se manifesta uma crescente demanda por benefícios e por participação cidadã.

A Organização Mundial da Saúde conceitua rede como sendo

“a gestão e a oferta de serviços de saúde de forma a que as pessoas recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com as suas necessidades, ao longo do tempo e por meio de diferentes níveis de atenção à saúde”.

Sendo assim, seriam funções da rede: estar focada no usuário cidadão, ter uma população adscrita com um referenciamento de atenção à saúde, possuir um sistema de informação interligado com todos os pontos de atenção e ter a Unidade Básica de Saúde como porta preferencial, mas não a única entrada para o sistema de saúde. Além disso, a UBS tem o papel de ser a ordenadora da rede e de resolver os principais agravos a saúde do cidadão.

Para colocar em prática a RAS devem-se seguir alguns atributos mínimos sugeridos pela Organização Pan-America de Saúde, tais como:

População/território definida, com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências em serviços de saúde que devem determinar o perfil de oferta das redes de atenção à saúde; a APS que atua, de fato, como porta de entrada do sistema de atenção à saúde, que integra e coordena a atenção à saúde e que resolve a maioria das necessidades de

saúde da população; a atenção centrada nas pessoas; recursos humanos suficientes, competentes e comprometidos com as redes de atenção à saúde e o financiamento adequado e os incentivos financeiros alinhados com os objetivos das redes integradas de serviços de saúde (Organização Pan-Americana de Saúde, 2008)

A implantação da rede resulta em um processo de descentralização das ações em saúde, tem como um dos objetivos dar respostas aos agravos à saúde de forma organizada e eficiente.

Redes de Atenção à Saúde (RAS) é estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo às suas necessidades de saúde. (BRASIL, 2012)

A Rede de Atenção à Saúde é fundamental para garantir acesso universal dos cidadãos aos serviços e ações de saúde, de acordo com suas necessidades e oferecer atenção integral ao usuário sem fragmentação.

Trabalhar em rede na sua essência corresponde à articulação entre serviços e sistemas de saúde, e as relações entre atores que atuam mediante relações de interdependência entre os pontos da rede.

A importância da construção de rede de atenção à saúde está embasada na maior perspectiva de avançar rumo a uma integralidade, sem dividir o usuário em caixinhas de assistência, construção de vínculos dos profissionais de saúde com os usuários e o aumento crescente no custo do tratamento agravos à saúde da população.



Fonte: Ministério da Saúde



Figura: CAPS no Distrito Federal

Um ponto de atenção a saúde que podemos destacar é o Hospital São Vicente de Paula. Localizado Taguatinga Sul. Esse é um hospital psiquiátrico que conta com os seguintes serviços: emergência 24 horas, duas unidades de internação com 44 leitos para internação, sendo 23 para homens e 21 para mulheres, ambulatório e o Hospital Dia, que atende diariamente doentes crônicos. A quantidade de atendimento ambulatorial é a

mesma de leitos de internação, contudo eles atendem todos que chegam, não deixando nenhum usuário sem atendimento.

O Hospital possui, também, dois programas: GAP e Hospital Dia. O GAP tem como objetivo levar uma equipe multidisciplinar para atendimento de pacientes em casa. São os pacientes que não fazem o acompanhamento no hospital porque não se adaptaram ou porque sempre desistem do tratamento. Já o Hospital DIA é um programa em que o paciente passa o dia no hospital. Alguns vão cinco dias na semana outros vão apenas três dias, a depender da prescrição do médico.

Quando o tratamento é encerrado na unidade hospitalar não dispõe de uma rede de atenção a saúde previamente pactuada entre os gestores dos CAPS, sendo assim o usuário fica vagando nos serviços sem ter uma referência de assistência.

Isso ocorre nos CAPS que deveria ser a porta de entrada principal para a rede de saúde mental, mas que muitas vezes não cumpre esse papel, por não ser resolutivo ou até por um desconhecimento desses serviços pelos usuários do sistema de saúde.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVOS GERAIS

- Analisar a Rede de Saúde Mental da Região Administrativa de Ceilândia

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer a percepção dos moradores de Ceilândia sobre a rede.
- Perceber como a população de Ceilândia utiliza os equipamentos de saúde mental distribuídos no território.

6. MATERIAIS E MÉTODOS

6.1 A PESQUISA

O estudo a ser realizado será do tipo descritivo de abordagem qualitativa. Será realizada pesquisa de campo na Região Administrativa (RA) Ceilândia, Distrito Federal. A região foi selecionada por se tratar da maior RA do Distrito Federal e por possuir uma rede de saúde mental deficitária e com poucos equipamentos de saúde distribuídos no território.

Realizaremos uma entrevista semi-estruturada elaborada pelos autores a fim de compreender a percepção da população residente em Ceilândia sobre a Rede de Saúde Mental.

As entrevistas foram realizadas no centro da cidade, local com alta circulação de pessoas e próximo ao Hospital Regional de Ceilândia e do CAPS.

As análises estatísticas foram processadas utilizando-se o programa Epi Info versão 3.5.1. Foram realizadas análises descritivas utilizando medidas de frequência e porcentagem dos dados demográficos da população estudada.

A proposta de trabalhar com Redes de Atenção a Saúde dos serviços de saúde é recente no Brasil, essa proposta veio para superar a fragmentação das ações desenvolvidas nos atendimentos e para uma maior integração na assistência prestada a população.

Na região de Ceilândia as RAS são incipientes ou inexiste, existindo apenas um trabalho fragmentado e com quase nenhuma pactuação dos pontos de atenção a saúde.

Existem poucas pesquisas retratando a percepção dos moradores sobre as redes de serviços saúde no território, tema esse pouco retrato nos estudos sobre RAS.

Pretende-se entrevistar indivíduos, fazendo distinção de gênero, raça, escolaridade, estado civil, além disso, os critérios de inclusão estabelecidos para pesquisa foram residir na RA Ceilândia, no mínimo, há um ano, com o intuito de evitar vieses decorrentes do processo de adaptação a cidade e ao conhecimento da rede e dos equipamentos de saúde ment

6.2 ASPECTOS ÉTICOS

As pessoas que desejaram participar voluntariamente da pesquisa assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes da aplicação do questionário.

Pessoas que por analfabetismo ou incapacidade física, não puderam assinar o TCLE, foram esclarecidos a respeito da pesquisa e seu consentimento foi manifesto e registrado mediante a digital.

7. DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa foi realizada com 30 (trinta) residentes da cidade de Ceilândia-DF, onde foram encontrados resultados sobre características populacionais tais como sexo, idade, naturalidade, estado civil, profissão, escolaridade, raça e tempo que reside na Ceilândia, a fim de conhecer o perfil dos entrevistados para uma maior percepção das respostas desenvolvidas na pesquisa. Outra abordagem desenvolvida na pesquisa foi compreender a percepção dos entrevistados sobre a rede de saúde mental da Região Administrativa de Ceilândia. Além disso, trabalhou-se com características populacionais tais como idade, sexo, profissão, escolaridade, estado civil, naturalidade e raça.

A discussão/resultados deste trabalho será apresentada em dois blocos, sendo que o primeiro será relativo a características demográficas da amostra e o segundo vai identificar a percepção da população em relação a rede de saúde mental da Região Administrativa de Ceilândia.

7.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA

A partir das entrevistas realizadas observou-se que a amostra é, em sua maioria, do sexo masculino 75%, variando de 17 a 61 anos, e relatam em sua maioria serem casados 54%.

A maior parte dos pesquisados concluiu o ensino médio e parcela significativa esta frequentando ou frequentou universidades.

Diversas profissões foram citadas. A mais comum entre as respostas foi estudante seguidas por doméstica, comerciante, auxiliar de escritório, vigilante, eletricista entre outras.

A grande parte da população pesquisada reside em Ceilândia dez anos ou mais o que reduz vieses de adaptação ou conhecimento do território e dos equipamentos de saúde distribuídos no mesmo.

7.2 PERCEPÇÕES DA POPULAÇÃO SOBRE REDES

A fim de entender como a população de Ceilândia utiliza os equipamentos de saúde mental distribuídos no território, realizou-se perguntas direcionadas sobre a rede de atenção em saúde mental e os pontos de atenção a saúde.

Na questão relativa à utilização de quaisquer serviços de saúde sendo ele público ou privado na região de Ceilândia, observou-se que a maioria da população estudada utilizou algum serviço de saúde no último ano e os mais citados na pesquisa foram o Hospital Regional de Ceilândia (HRC) e Centros de Saúde próximos as residências dos entrevistados, na ocasião HRC foi considerado entre os entrevistados como primeiro nível de contato para fazerem parte da Rede de saúde.

Dos que conhecem algum usuário da rede de saúde mental relataram que fizeram busca a psicólogos particulares, centros de atendimentos psicossociais (CAPS), serviços de psiquiatria de Hospitais regionais e como mais citado esteve o Hospital São Vicente de Paula (HSVP) localizado na região administrativa de Taguatinga.

Quando indagados sobre quais os pontos de atenção a saúde mental distribuídos no território de Ceilândia que fazem algum tipo de atendimento/tratamento ou prevenção de transtornos mentais, houve na sua maioria respostas negativas, demonstrando quase um total desconhecimento dos equipamentos de saúde mental na localidade onde ocorreu o estudo. Apenas quatro indivíduos afirmaram ter algum tipo de conhecimento sobre dispositivos de saúde mental, relataram ser: CAPS AD, HRC, Unidades Básicas de Saúde, sendo que as unidades básicas de saúde e o hospital regional da cidade funcionam apenas como locais de busca para encaminhamentos ao Hospital São Vicente de Paula que está como a maior referência de instituição que oferece tratamento e/ou recuperação de saúde mental na Ceilândia e em todo o DF.

O Hospital regional como porta de entrada para os serviços de saúde traz consigo uma perversidade para o sistema de saúde, pois trata-se de uma local para assistência de Média Alta complexidade, não permitindo a criação de vínculos entre paciente e usuário, não tem profissional de referência para a continuidade do atendimento, tende a ser altamente medicalizante não com pouca promoção e educação em saúde (CAMPOS, 2008).

Essas buscas primeiramente aos hospitais podem indicar sérios problemas de acesso ao sistema de saúde ou de seu desempenho.

Esse excesso de hospitalizações representa um sinal de alerta, que pode acionar mecanismos de análise e busca de explicações para a sua ocorrência. (...) estão associadas a deficiências na cobertura dos serviços e/ou à baixa resolutividade da atenção primária para determinados problemas de saúde (ALFRADIQUE, 2010).

Uma atenção básica resolutiva mostra-se como um canal para a redução de procura por atendimentos nos hospitais. Uma maior distribuição dos equipamentos de saúde no território tende a aumentar o acesso da população. Considera-se que sendo de qualidade, a atenção primária à saúde reduza as hospitalizações por complicações agudas de doenças não transmissíveis, assim como reduzir as readmissões e o tempo de permanência no hospital por diversas doenças (ALFRADIQUE, 2010).

Quando perguntado se, pessoalmente, já havia sentido necessidade de procurar atendimento em algum serviço que oferecia tratamento ou prevenção em saúde mental apenas 3 pessoas do total da amostra admitiram já ter buscado um tratamento para ajuda psicológica em clínicas de psiquiátrica, psicólogos particulares ou grupos terapêuticos oferecidos pela Universidade de Brasília. Isso pode estar associado ao forte estigma social produzido aos que procuram esse tipo de tratamento, muitas vezes classificados como “Loucos”.

O indivíduo estigmatizado pode descobrir que se sente inseguro em relação à maneira como os normais o identificarão e o receberão. (...) Essa incerteza é ocasionada não só porque o indivíduo não sabe em qual das várias categorias ele será colocado, mas também, quando a colocação é favorável, pelo fato de que, intimamente, os outros possam defini-lo em termos de seu estigma. (...) Assim, surge no estigmatizado a sensação de não saber aquilo que os outros estão “realmente” pensando dele (SILVA, 2008).

Outro ponto foi sobre em que locais os entrevistados identificam como realizam algum tipo de tratamento sobre transtornos mentais, quase todos os participantes da pesquisa não conhecem nenhum local que ofereça atendimento, tratamento ou

prevenção de doenças relacionadas a transtornos ou doenças mentais na região administrativa de Ceilândia ou na Rede de Saúde Mental. Mostrando um total desconhecimento, mesmo por aqueles entrevistados que residem a mais de 10 anos na cidade. Fazendo uma análise pode perceber a falta divulgação de locais que ofereçam atendimento voltado à saúde.

Em sua totalidade, os pesquisados sentiram a necessidade obter maiores informações e sentem falta de divulgação sobre os locais onde se realizam o tratamento e prevenção de doenças ou transtornos mentais, afirmaram ainda não haver por parte do governo informações eficientes sobre quais os serviços utilizar. Outro fato observado é que os entrevistados gostariam de obter maiores informações sobre serviços de saúde para ajudar quem precisar, e não a si próprio fato esse que pode estar atrelado a paradigmas sobre os transtornos e doenças mentais como afirma Santos (2010).

“A maioria das pessoas com algum transtorno mental não busca atendimento psiquiátrico, por razões que estão ligadas, muitas vezes, ao estigma, ao desconhecimento da doença, ao preconceito, à falta de treinamento das equipes para lidar com esses transtornos, à falta de serviços adequados para atendimento psiquiátrico, ao medo, entre outras”

O presente estudo conseguiu identificar a percepção dos residentes da Região Administrativa de Ceilândia sobre a rede de saúde mental além de compreender as características demográficas da amostra pesquisada.

O estudo demonstrou que a amostra é em sua maioria do sexo masculino com 75%, reside na Ceilândia há 10 anos ou mais, são jovens e que tiveram acesso à escola, uma parte significativa concluiu o ensino médio e exercem funções compatíveis ao nível de escolaridade, a outra parcela frequenta ou frequentou a universidade.

A amostra em geral não faz referência à utilização dos serviços de saúde mental e relata não conhecer pessoas que necessitam de atendimento nestes tipos de instituição. Quase todos os entrevistados utilizaram os serviços de saúde da rede de Ceilândia, em particular Hospital Regional de Ceilândia, postos de saúde distribuídos próximos das residências, Hospital Regional de Taguatinga e Hospital São Vicente de Paula-HSVP.

No geral apresentaram pouco ou nenhum conhecimento sobre os serviços de saúde mental da região de Ceilândia e relatam sentir a necessidade de maiores

informações sobre a rede de saúde mental tanto da Ceilândia quanto do Distrito Federal-DF. Observou-se que as informações serviram apenas para auxiliar na busca de atendimento a terceiros e nunca para si próprio, podendo dar vazão aos possíveis estigmas sobre a saúde e a doença mental.

Com o presente estudo podemos perceber que falta uma maior divulgação dos serviços de saúde mental oferecidos na Região de Ceilândia, os moradores não conseguiram identificar os locais que realizam atendimento/tratamento e prevenção de doenças mentais e que o primeiro contato com a rede de saúde é realizado nos Hospitais Regionais, mostrando-se como uma cultura sanitária de busca de atendimento nos serviços de Média e Alta Complexidade - MAC.

REFERÊNCIAS

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE CEILÂNDIA. **História de Ceilândia**. Distrito Federal: 2009. Disponível em: <www.ceilandia.df.gov.br>. Acesso em: 01 maio 2012.

AMARANTE, P. **Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em torno da reforma psiquiátrica**. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 11 (3): 491-494, jul/set, 1995

ALFRADIQUE, M. E. et al . **Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil)**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, June 2009

COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL. **Índice de Desenvolvimento Humano - IDH**. Distrito Federal: 2009. Disponível em: <www.codeplan.df.gov.br>. Acesso em: 1 maio 2012.

CAMPOS, Gastão Wagner Souza. Debate: **suficiências e insuficiências para a Atenção Básica no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, 2008, v. 24, suppl. 1, p. 517-519.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Reforma Psiquiátrica e Manicômios Judiciários: **Relatório Final do Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico**. Brasília, Ministério da Saúde, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica.** – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Lei 2.874, de 19 de setembro de 1956. **Publicada no Diário Oficial da União em 20 de outubro de 1956.**

CASTELLS, M. **A sociedade em rede.** São Paulo, Paz e Terra, Volume I, 4ª ed., 2000.

FLEURY, S. M. T; OUVÉRY, A. M. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde.** Rio de Janeiro, Editora FGV, 2007.

Gestão de Redes na OPAS/OMS Brasil: **Conceitos, Práticas e Lições Aprendidas. Organização Pan- Americana da Saúde.** – Brasília, 2008.

GENTIL, V. **Uma leitura anotada do projeto brasileiro de Reforma Psiquiátrica.** Revista USP, São Paulo, n.43, p. 6-23, setembro/novembro 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria nº. 336/GM em 19 de fevereiro de 2002. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, Fevereiro de 2002.

MENDES. E ,V.**AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.** Brasília-DF 2011. 2ª Ed.
Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas.

Merhy, Emerson Elias (2004). **O Ato de Cuidar: a Alma dos Serviços de Saúde.** In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver – *SUS Brasil: cadernos de textos básicos de saúde.* Brasília: Ministério da Saúde, p.108-137.

PAVIANI, A. **Migrações com desemprego: injustiça social na configuração socioespacial urbana**. Cadernos Metr pole 17 pp. 13-33 10 sem. 2007.

SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Relatório de eventos vitais 2005**. Distrito Federal: 2005. Disponível em: < <http://www.saude.df.gov.br>>. Acesso em: 3 jun. 2012.

SILVA, A.P.R.R; PETERSKIH, A.R; BASILE, G.C; CARVALHO, L.B; SANTOS, R.M.A; BONFANTI,T.D. RAHIN, M.A. (orientador) **Os paradigmas do processo socio-histórico do sujeito institucionalizado no movimento anti-manicomial do município de Santos/SP, 2008**_Estudos Orientados, Curso de Psicologia, Instituto de Ciências Humanas, UNIP - Universidade Paulista. Santos – Rangel, 2008.

TENÓRIO, F. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos**. História, Ciências, Saúde . Manguinhos, Rio de Janeiro. vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002

SILVIO. et al. **Redes de atenção a saúde no SUS: O pacto pela saúde e redes de ações de serviços de saúde**. 2  Edição.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. **SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, Jan. 2013.

Sluzki, Carlos E. **A Rede Social na Prática Sist mica: Alternativas Terapêuticas**. São Paulo: Ed. Casa do Psicólogo. 1997

ANEXOS

Anexo A- QUESTIONÁRIO

Percepção dos usuários sobre a Rede de Saúde Mental na Região Administrativa de Ceilândia

Número _____

Sexo: Feminino() Masculino()

Idade: _____ Profissão: _____

Escolaridade _____ Estado Civil _____

Naturalidade: _____ Raça _____

1) Há quantos anos mora na Ceilândia:

() Mais de 1 ano () 2- 5 anos () 6- 9 anos () 10 anos ou mais

2) Utilizou a rede de saúde de Ceilândia tanto pública quanto privada no período de 1 ano?
Se sim, quais?

() Não () Sim. Quais? _____

3) Você ou algum familiar/conhecido precisou utilizar o serviço de Saúde Mental? Se Sim,
Como procedeu? Quais serviços utilizou?

- 4) Em que locais, na Ceilândia, que você identifica que realizam atendimento/ tratamento e prevenção de doenças ou transtornos mentais?

- 5) Você sentiu necessidade de procurar um atendimento de saúde mental? Você buscou qual auxílio? Como foi essa busca?

- 7) Você gostaria de maiores informações sobre a questão relacionadas a saúde mental e transtorno?

Desde já agradeço a participação!

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Sr. (a)

Estamos desenvolvendo um estudo que visa identificar e analisar a percepção dos residentes em Ceilândia sobre a rede de saúde mental. Com os dados pretendemos identificar os principais problemas na rede de saúde mental de Ceilândia. Por residir nesta cidade a mais de um ano, o (a) senhor (a) está sendo convidado(a) a participar deste estudo.

Esclarecemos que não haverá riscos à sua saúde. Não haverá custos ou forma de pagamento pela sua participação no estudo. A fim de garantir a sua privacidade, seu nome não será revelado.

Estaremos sempre à disposição para qualquer esclarecimento acerca dos assuntos relacionados ao estudo através dos telefones 8424-4471 e 3371-5741 e na Universidade de Brasília-Campus Ceilândia.

É importante que você saiba que a sua participação neste estudo é completamente voluntária e que você pode recusar-se a participar ou interromper sua participação a qualquer momento sem penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito.

Pedimos a sua assinatura neste consentimento, para confirmar a sua compreensão em relação a este convite, e sua disposição a contribuir na realização do trabalho.

Desde já, agradecemos a sua atenção.

Pesquisador responsável

Eu, _____, após a leitura deste consentimento declaro que compreendi o objetivo deste estudo e confirmo meu interesse em participar desta pesquisa.

Brasília, ____/____/____

ANEXO C

Distribuição da Rede de Saúde Mental no Distrito Federal

- Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – Adulto.

➤ CAPS ad Guará (Atende Álcool e droga)

Endereço: QE 23 Área Especial, S/N, Subsolo do Centro de Saúde, Guará II.

CEP: 71050-230

Região: Samambaia, Guará 1 e 2, SIA, Estrutural, Riacho Fundo I , Taguatinga, Vicente. Pires, Águas Claras, Águas Lindas

➤ CAPS ad Rodoviária (Atende álcool e drogas) e Encaminhamento de adultos, adolescentes e crianças para internação em Comunidade terapêuticas – NAUAD.

Endereço: SCTS Zona Cívico Administrativa – Antigo Touring Club do Brasil – Brasília. CEP: 70.070-150.

Região: Asa Sul, Lago Sul, Asa Norte, Lago Norte, Sudoeste, Octogonal, Varjão, Candangolândia, Núcleo Bandeirante, Parque Way e Jardim Botânico e São Sebastião.

➤ CAPS ad Sobradinho (Atende álcool e droga)

Endereço: Área residencial 17 – Chácara 14 – Sobradinho II

CEP: 73080-000

Região: Fercal, Dnocs, Sobradinho 1 e 2

➤ CAPS ad Ceilândia (Atende álcool e drogas)

Endereço: Centro de Saúde 01 - Ceilândia (Ao lado do Hospital Regional da Ceilândia - HRC).

Região: Ceilândia e Brazlândia

➤ CAPS ad Santa Maria (Atende álcool e drogas)

Endereço: QR 312 conjunto H casa 12 - Santa Maria.

Região: Recanto das Emas, Riacho Fundo II, Santa Maria e Gama.

➤ CAPS ad Itapoã (Atende álcool e drogas)

Endereço: Área da Administração Regional do Itapoã

Região: Planaltina, Itapuã e Paranoá

- Álcool e Drogas Criança e Adolescente

➤ CAPS i Adolescento– (Álcool e drogas para adolescentes de 10 a 17 anos e 11 meses)

Endereço: Centro de Saúde 06, na 605 Sul (L2 Sul)

- Transtorno Mental Adulto

➤ CAPS II Paranoá

Endereço: Quadra 02, Conj. K Área Especial 01, Setor Hospitalar do Paranoá

CEP: 71571-210

➤ CAPS II Instituto de Saúde Mental – ISM

Endereço: Granja do Riacho Fundo – EPNB, Km 4, A/E s/n – Núcleo Bandeirantes.

CEP: 71800-000

➤ CAPS II Taguatinga

Endereço: QSA 09 Casa 09 – Taguatinga Sul

CEP: 72015-000

- CAPS Samambaia II

Endereço: QS 615 AE 01

- Transtorno Mental Criança e Adolescente

- COMPP – Centro de Orientação Médico Psicopedagógico – SESDF

Endereço: SMHN Qd 03 Bl. A Ed. COMPP

CEP: 70710-100

- Unidades Hospitalares

- Desintoxicação de álcool e outras drogas:

Todas as os Hospitais Regionais da SES/DF.

-Internação Psiquiátrica

- Hospital São Vicente de Paula

Endereço: AE 01 Taguatinga Sul, Taguatinga (Hospital Psiquiátrico)

- Unidade de Psiquiatria do Hospital de Base – Terciário só recebe encaminhado por outra unidade Hospitalar.

Endereço: Smhs Área Especial Quadra, 101 / Asa Sul.