

ENSAIO

**URBANIZAÇÃO E ACESSIBILIDADE COMO CRITÉRIOS NA AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS
PÚBLICOS DE SAÚDE MENTAL**

Sabrina Martins Barroso^a

Resumo

A Organização Mundial de Saúde prevê a avaliação constante dos serviços de saúde como forma de tentar garantir a qualidade dos serviços prestados à população. Esse tipo de avaliação ainda não é sistematizado para a área da saúde mental e, mesmo quando é feito, não inclui os aspectos de urbanização e acessibilidade. Considerando a dimensão continental do Brasil e as marcantes diferenças regionais existentes, o presente texto tem por objetivo discutir os possíveis impactos que a descon sideração dos aspectos regionais pode acarretar para a avaliação dos serviços públicos de saúde mental.

Palavras-chave: Avaliação de processos e resultados. Acesso aos serviços de saúde. Urbanização. Garantia da qualidade dos cuidados de saúde.

URBANIZATION AND ACCESSIBILITY AS CRITERIA IN THE EVALUATION OF PUBLIC
MENTAL HEALTH

Abstract

The World Health Organization provides ongoing assessment of health services as a way of ensuring the quality of services to the population. This type of evaluation is not systematic in the area of mental health and even when it is done, it does not include aspects of urbanity and accessibility in the evaluations. Considering the continental size of Brazil and the regional differences that exist in the country, this paper aims to discuss the possible impact that this lack of regional aspects can lead to the evaluation of public mental health.

Key words: Outcome and process assessment. Health services accessibility. Urbanization. Quality assurance. Health care.

^a Professora da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).

Endereço para correspondência: Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Av. Getúlio Guaritá, n.º 159, sala 320, Bairro Abadia, Uberaba, Minas Gerais. CEP: 38025-440. sabrina@psicologia.uftm.edu.br

Resumen

La Organización Mundial de la Salud prevé una evaluación continua de los servicios de salud como una forma de garantizar la calidad de los servicios prestados a la población. Este tipo de evaluación aún no es sistemática para el área de la salud mental, e incluso cuando se hace, no incluye los aspectos de la urbanización y de la accesibilidad. Dado el tamaño continental de Brasil y la existencia de evidentes diferencias regionales, este artículo se propone discutir los posibles impactos que la desconsideración de los aspectos regionales puede ocasionar en la evaluación de los servicios públicos de salud mental.

Palabras-clave: Evaluación de procesos y resultados. Acceso a los servicios de salud. Urbanización. Garantía de la calidad de los cuidados en salud.

DEVEMOS CONSIDERAR A URBANIZAÇÃO E A ACESSIBILIDADE COMO CRITÉRIOS NA AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE MENTAL?

Cerca de 450 milhões de pessoas no mundo sofrem com transtornos mentais. No Brasil, os pacientes psiquiátricos representam 9% de todos os atendimentos realizados na rede pública de saúde.¹

A Constituição Federal de 1988 reestruturou os serviços de saúde pública do Brasil, ao criar o Sistema Único de Saúde (SUS), que visa garantir a todos os cidadãos brasileiros acesso equitativo à saúde.² Adota um novo referencial de saúde, que a define não como a ausência de doença física, mas engloba um estado de bem-estar físico, mental e social, incluindo o direito a transtornos mentais.³

Nesse referencial mais amplo de saúde, deve-se considerar, além da relação direta, paz, educação, moradia, alimentação, renda, ecossistema estável, justiça social e equidade.¹ A proposta do SUS visa universalizar o direito a saúde a todos os brasileiros, incluindo os portadores de saúde/doença, as relações dos indivíduos com o meio físico, social e político que os cerca, em dado tempo e espaço,⁴ o que permite incorporar outros aspectos como o conceito de saúde urbana.⁵

O SUS é um projeto de saúde moderno e que se apresenta como proposta para toda a nação brasileira, mas sua formulação desconsiderou algumas discrepâncias nas características de urbanização do país, o que tem dificultado o alcance de sua meta

de universalização dos serviços e de garantia de atendimento de qualidade para toda a população.¹

Na área de saúde mental, a criação do SUS possibilitou a implantação de uma nova política pública de atendimento, formalizada por meio da Lei n.º 10.216, conhecida como “Lei Paulo Delgado”, promulgada em 6 de abril de 2001.⁶ Embasado na experiência de outros países, especialmente da Itália e da França, o modelo público de assistência psiquiátrica brasileiro adotou características comunitárias, com a implantação de serviços psiquiátricos nas comunidades, com localização regionalizada e a formação de equipes multiprofissionais para o atendimento, possibilitando a desinstitucionalização psiquiátrica dos pacientes internados há muito tempo e substituindo progressivamente o modelo manicomial que vigorava anteriormente.⁷ Com a reforma psiquiátrica brasileira, os serviços públicos de saúde mental passaram a ser primordialmente ambulatoriais, utilizando a internação psiquiátrica apenas por curtos períodos de tempo, quando necessária para administrar fases de crise psicótica.³⁻⁸

Nesse contexto, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) assumiram especial relevância nas práticas de saúde mental, pois se tornaram responsáveis por prover o atendimento comunitário aos pacientes psiquiátricos.⁹ Contudo, algumas das próprias características da clientela atendida, em especial a cronicidade dos transtornos mentais, geram a necessidade de atendimentos multiprofissionais, o que complexifica o trabalho dos serviços de saúde.¹⁰ Além disso, estudos internacionais têm observado que os serviços de atendimento psiquiátrico comunitários enfrentam falta de recursos, tanto financeiros quanto humanos, o que dificulta a atuação satisfatória desses serviços no atendimento às necessidades das comunidades.⁷

Outra dificuldade enfrentada pelos serviços públicos de saúde mental consiste na heterogeneidade da urbanização brasileira e na desconsideração dessa variável na avaliação dos serviços de saúde. Estudo⁵ indica que a urbanização deveria ser considerada na definição das políticas públicas e avaliações dos serviços de saúde, pois a influência das “vantagens e penalidades do urbano” sobre a saúde, bem como a influência das diferenças no processo de urbanização sobre a saúde, vem sendo cada vez mais demonstrada nos estudos epidemiológicos. Os autores desse estudo observam ainda que a urbanização pode interferir na qualidade dos serviços de saúde prestados à população.

A urbanização não é um fenômeno homogêneo e a modernização dos territórios é seletiva e nem sempre ocorre para todos, acarretando desigualdades de oportunidades e usos do espaço, diferenciando os lugares.⁵ Essa é também a realidade dos serviços de saúde, cujas transformações suscitam o aprofundamento das desigualdades socioespaciais do Brasil,

fazendo com que a saúde tenha uma modernização incompleta e seletiva em certos lugares, o que dificulta a integralização da proposta do SUS.¹

As dificuldades enfrentadas pelos serviços de saúde e os fatores que afetam a qualidade do atendimento oferecido à população são preocupações da Organização Mundial de Saúde (OMS). Para tentar garantir a qualidade, a OMS indica a necessidade de avaliação permanente e contínua dos serviços de saúde, incluindo a avaliação de sua estrutura física, da equipe profissional e dos resultados dos tratamentos realizados.¹¹ Seguindo essa indicação, a avaliação dos serviços vem ganhando força na área de saúde coletiva, mas sua aplicação à saúde mental requer a adaptação do instrumental de avaliação utilizado e ainda não alcançou a mesma visibilidade conferida à avaliação dos serviços de saúde física.⁹ Além disso, embora a OMS indique a necessidade da avaliação constante dos serviços, essa ainda não constitui uma prática rotineira no Brasil, ocorrendo de forma pontual e não sistematizada e as poucas investigações realizadas enfrentam dificuldades metodológicas e operacionais.¹²

Outro ponto que pode ser levantado é que as avaliações dos serviços conduzidas até o momento podem ser consideradas incompletas, pois não levam em conta o processo de urbanização e a acessibilidade como parte do processo avaliativo.^{13,14} Considerando especificamente a saúde mental, a avaliação contínua dos serviços é uma das indicações da OMS, mas consiste em um procedimento recente, iniciado internacionalmente na década de 1950, que se desenvolveu de forma lenta e fragmentada.¹¹⁻¹⁵

Vários enfoques teóricos são propostos para abordar a avaliação da qualidade dos serviços de saúde mental, mas a realização efetiva da avaliação dos serviços ainda é rara.¹² Estudo sobre o desafio da produção de indicadores para avaliação de serviços em saúde mental¹⁶ argumenta que utilizar apenas indicadores clássicos, tais como número de altas, remissão de sintomas e diagnósticos, não possibilita uma avaliação completa. Formas alternativas de avaliação incluem estudar os fluxos de pacientes que buscam atendimento na rede pública, sua acessibilidade, a satisfação dos usuários e integrantes da equipe, a percepção do impacto do serviço sobre a saúde na região e a percepção de mudança dos pacientes.^{2,12,14} O modelo integrativo de Donabedian, que utiliza vários dos critérios citados acima, permite uma visão compreensiva de diferentes aspectos dos serviços, sendo a mais indicada para sua avaliação.¹²

Estudo sobre os sete pilares da qualidade¹⁷ sistematizou o procedimento de avaliação dos serviços de saúde na tríade: estrutura, processo e resultados. A avaliação da *estrutura* compreende as características dos recursos, sua acessibilidade, instrumentos e provedores, condições físicas e organizacionais dos serviços. Já a avaliação do *processo*

compreende a relação entre as equipes de saúde e os usuários dos serviços, enquanto a avaliação dos *resultados* corresponde às mudanças ocorridas no estado de saúde dos pacientes ou da população, podendo ser avaliados por meio da percepção de mudança no quadro dos pacientes (pelos profissionais ou pelos próprios pacientes) e pela remissão ou controle dos sintomas.

Contudo, esse modelo não esclarece devidamente o conceito de acessibilidade utilizado. A definição que parece melhor sintetizar a acessibilidade é oferecida em um estudo sobre o planejamento da localização e dimensão dos serviços de saúde,¹⁴ ao esclarecer que esse conceito engloba os enfoques geográfico, funcional, econômico e cultural, devendo ser regionalmente contextualizado. O aspecto *geográfico* prioriza as distâncias e os fluxos percorridos para receber atendimento; o aspecto *funcional* destaca os tipos de serviços oferecidos, seu horário de funcionamento e sua qualidade; o aspecto *cultural* ressalta a inserção dos serviços nos hábitos e costumes da população; e o enfoque *econômico* considera os custos para receber atendimento.^{13,14}

As propostas de avaliação dos serviços de saúde mental, feitas até o momento, focam apenas um aspecto do serviço, não incluem a acessibilidade ao serviço em sua avaliação, nem as características específicas das regiões em que os serviços se inserem, tais como a facilidade de contratação de profissionais especializados ou a cultura vigente na região sobre o adoecimento mental.¹² Essa omissão pode contribuir para mascarar discrepâncias na qualidade dos serviços e inviabiliza a identificação de fatores geográficos que podem interferir na qualidade dos serviços e na universalização do atendimento aos portadores de transtorno mental.

No momento de implantação de um serviço de saúde, é feito um estudo sobre seu possível impacto na região em que será instalado, mas a mera existência dos serviços de saúde não garante a acessibilidade a eles.¹⁴ A acessibilidade envolve aspectos mais amplos do que apenas o local de instalação de um serviço e abrange um conhecimento a priori da realidade local, para adequar as características do serviço oferecido para a comunidade específica onde será instalado. Assim, a acessibilidade inclui, além do local em que o serviço está instalado, a distância a ser percorrida e os obstáculos a serem transpostos pelos pacientes para receberem atendimento, os gastos com o atendimento, o horário de funcionamento e os tipos de serviço oferecidos, sua qualidade e a inserção do serviço de saúde nos hábitos e costumes da população.

Com a adaptação do serviço à comunidade, o real acesso da população ao atendimento é aumentado, contribuindo para o desenvolvimento efetivo da saúde, física e

mental. Por esta razão, estudo¹⁴ propõe que esse conceito seja considerado para definir os locais de instalação e as características dos serviços, de forma a adequar o tipo de serviço, seus horários de funcionamento e sua equipe de profissionais à comunidade e não apenas esperar que um modelo padronizado de serviço de saúde mental gere impacto social onde quer que seja instalado. Além disso, permite compreender melhor as características e dificuldades inerentes a cada espaço geográfico e, com isso, perceber de forma mais clara as necessidades específicas dos serviços de saúde de cada localidade, implementando efetivamente a proposta de regionalização do atendimento prevista na reforma psiquiátrica.¹

Como explicitado, a política pública de atendimento psiquiátrico comunitário prevê a implantação de diversos serviços de saúde regionalizados e multiprofissionais, tendo nos CAPS seu maior representante.³ Entretanto, têm ocorrido muitas dificuldades na implantação desses serviços, a exemplo da carência de recursos humanos e financeiros necessários para o tratamento dos pacientes e para o apoio necessário a sua reinserção social.⁸ Outra dificuldade é oferecer a mesma qualidade e acessibilidade de serviço a toda a população em um país com características de urbanização,^b urbanicidade^c e desenvolvimento tão diversificadas como o Brasil.⁵

Essas dificuldades têm feito com que a universalização da saúde prevista pelo SUS apresente-se de forma precária, manifestada por uma geografização^d seletiva dos serviços de saúde¹⁴ e gerando uma pressão sobre o SUS, para que se criem formas de minimizar as desigualdades socioespaciais da saúde e garantir qualidade igualitária de atendimento para toda a população.¹⁻⁵

Para ilustrar o impacto da não inclusão da urbanização e da acessibilidade no processo de avaliação dos serviços de saúde mental, é apresentada, de forma resumida, a realidade de dois estados brasileiros com relação à saúde mental.

A ocupação inicial dos estados de Minas Gerais e do Tocantins, embora realizada em épocas diferentes, teve na mineração sua razão inicial.^{18,19} Contudo, a trajetória histórica, os desdobramentos socioeconômicos e o processo de urbanização desses dois estados foram bastante diferentes. Minas Gerais conta com uma população de 19.595.309 habitantes e densidade populacional de 33,41 habitantes/km², conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.²⁰ Quando se considera especificamente o setor de saúde

^b Urbanização é entendida como um complexo processo mediante o qual os espaços urbanos crescem ou diminuem e sofrem outras modificações em sua estrutura ao longo do tempo; é também a transferência de pessoas do meio rural para o meio urbano e sua permanência nas cidades.

^c Urbanicidade é o estudo das condições de saúde relevantes nas áreas urbanas em um dado momento histórico.

^d Geografização indica a localização geográfica dos serviços de saúde.

mental, fica evidente que o estado de Minas Gerais possui uma longa tradição no tratamento dos transtornos mentais e participou ativamente do processo de desinstitucionalização psiquiátrica e conscientização da população para a reinserção social dos pacientes.²¹ Segundo dados do Ministério da Saúde, em outubro de 2008, Minas Gerais possuía 130 unidades CAPS, 2.889 leitos psiquiátricos, 91 residências terapêuticas e 21 hospitais psiquiátricos em funcionamento, totalizando 0,15 leitos psiquiátricos para cada mil habitantes, o que representa 7,66% dos leitos do SUS no estado.³

Já o estado do Tocantins foi emancipado de Goiás em 1988, não tendo uma participação significativa no processo de reforma psiquiátrica, mas passou a integrar, desde sua criação, o paradigma do atendimento psiquiátrico comunitário. O mais recente estado da federação apresenta, segundo o IBGE,²⁰ uma população de 1.383.453 de habitantes, com densidade populacional de 4,98 habitantes/km². O Tocantins contava, em outubro de 2008, com sete unidades CAPS, 160 leitos psiquiátricos, um hospital psiquiátrico e nenhuma residência terapêutica para atender sua população. Também não há indicação de campanhas ou intervenções específicas para preparar a população para a convivência com pacientes psiquiátricos na comunidade. Considerando o tamanho da população, a proporção de leitos psiquiátricos para cada mil habitantes era de 0,13, o que representa 0,42% dos leitos do SUS no estado.³

Na avaliação convencional dos serviços de saúde mental, ao considerar apenas os índices absolutos e não as particularidades regionais pode-se erroneamente concluir que os dois estados apresentam índices parecidos de oferta de serviço, uma vez que os indicadores de proporcionalidade são próximos (0,15/1.000 habitantes para Minas Gerais e 0,13/1.000 habitantes para o Tocantins). Contudo, essa avaliação não indicaria que quase todas as cidades de Minas Gerais possuem atendimento psiquiátrico, enquanto a população de Tocantins pode precisar viajar centenas de quilômetros para receber o mesmo tipo de atendimento. Também não ilustraria a dificuldade para obter profissionais de saúde qualificados vivenciada de modo mais forte no Norte e Nordeste do Brasil do que nas regiões Sul e Sudeste ou sobre o nível de conscientização da população dos dois estados sobre o adoecimento mental e as possibilidades de inserção social dos pacientes na vida das comunidades.

A importância da saúde mental comunitária é inegável. Os dados da OMS apontam que os transtornos mentais e de comportamento respondem por 12% de todas as doenças mundiais atuais e possuem forte impacto na vida dos pacientes, de seus familiares e dos profissionais que atuam na rede de assistência psicossocial.¹¹ Considerando esse impacto, as dimensões continentais e a divisão socioeconômico-cultural heterogênea

do Brasil,²² ao incluir a acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde mental, podem auxiliar na compreensão das metas de universalização da saúde já alcançadas e dos aspectos de cada região que necessitam de intervenções específicas para garantir a equidade de atendimento de qualidade aos portadores de transtornos mentais na rede pública. Ao não incluir a acessibilidade e a urbanização nas avaliações dos serviços de saúde mental, uma das consequências pode ser mascarar dificuldades regionais específicas, contribuindo para que sejam mantidas, além de não garantir a toda a população brasileira o atendimento de qualidade a que tem direito por lei.

REFERÊNCIAS

1. Albuquerque MV. Território usado e saúde – respostas do sistema único de saúde à situação geográfica de metropolização em Campinas – SP [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2006.
2. Botega LA, Rodrigues RN, Andrade MV. Distribuição espacial das internações hospitalares realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em Minas Gerais, 2002: utilização dos serviços de saúde e distância média percorrida pelos pacientes. In: Anais do 15.º Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Caxambú, Minas Gerais; 2006. Extraído de [http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_496.pdf], acesso em [14 de março de 2011].
3. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Brasília; 2011. Coleção para Entender a Gestão do SUS, v. 1. Extraído de [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.1.pdf], acesso em [14 de março de 2011].
4. Ramires JCL. O envelhecimento populacional e os serviços de saúde pública em Uberlândia. In: Anais do 12.º Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Caxambú, Minas Gerais; 2000. Extraído de [<http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2000/Todos/Poster/O%20Envelhecimento%20Populacional%20e%20os%20Servi%C3%A7os%20de%20Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica..pdf>], acesso em [20 de março de 2011].
5. Caiaffa WT, Ferreira FR, Ferreira AD, Oliveira CDL, Camargos VP, Proietti FA. Saúde urbana: “a cidade é uma estranha senhora, que hoje sorri e amanhã te devora”. Ci Saúde Coletiva. 2008;13(6):1785-96.
6. Brasil. Lei n.º 10.216, 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. Extraído de [http://newpsi.bvs-psi.org.br/rebap/Lei_10216.pdf], acesso em [5 de maio de 2011].

7. Bandeira M. Desinstitucionalização ou transinstitucionalização: lições de alguns países. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 1991;6(2):171-82.
8. Bandeira M, Barroso SM. Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. *J Bras Psiquiatr*. 2005;54(1):34-46.
9. Onocko-Campos RT, Furtado JP. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(5):1053-62.
10. Hanson JG, Rapp CA. Families' perceptions of community mental health programs for their relatives with a severe mental illness. *Comm Mental Health J*. 1992;28(3):181-97.
11. World Health Organization. Division of Mental Health. Consumer's and caregivers' satisfaction with mental health services a multisite study. Geneva; 2001.
12. Silva LMV, Formigli VLA. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cad Saúde Pública*. 1994;10(1):80-91.
13. Unglert CVS, Rosenburg CP, Junqueira CB. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. *Rev Saúde Pública*. 1987;21(5):439-46.
14. Unglert CVS. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão dos serviços de saúde. *Rev Saúde Pública*. 1990;24(6):445-52.
15. Uchimura KY, Bosi MLM. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(6):1561-69.
16. Almeida PF. O desafio da produção de indicadores para avaliação de serviços em saúde mental: um estudo de caso do centro de atenção psicossocial Rubens Corrêa/RJ [Dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2002.
17. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Laborat Medic*. 1990;114:1115-8.
18. Carrara AA. Contribuição para a história agrária de Minas Gerais; séculos XVIII e XIX. Mariana: Edufop; 1999.
19. Lopes AP. O estado do Tocantins: algumas características e sua organização espacial. In: Pereira AJ, Santos RS, editores. *Ensaio geográficos e educação*. Rondonópolis: Universidade Solidária; 2005. p. 105-19.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Extraído de [<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse.pdf>], acesso em [6 de maio de 2011].

21. Alves DS. Transformações na assistência psiquiátrica no Brasil. In: Russo J, Silva Filho JF, editores. Duzentos anos de psiquiatria. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1993. p. 135-43.
22. Guimarães RB. Geografia política, saúde pública e as lideranças locais. *Hygeia*. 2005;1:18-36.

Recebido em 9.5.2011 e aprovado em 19.11.2011.