

Universidade Federal de Minas Gerais
Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família

***ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE
GUANHÃES: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO***

Sara Oliveira Caldeira

Governador Valadares
2010

Sara Oliveira Caldeira

***ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE
GUANHÃES: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO***

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Especialista.

Orientadora: Prof^ª.Dr^ª Annette Souza Silva Martins da Costa

**Governador Valadares
2010**

Sara Oliveira Caldeira

***ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE
GUANHÃES: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO***

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Especialista.

Orientadora: Prof^ª.Dr^ª Annette Souza Silva Martins da Costa

Banca Examinadora

Prof^ª. Dr^ª. Annette Souza Silva Martins da Costa
Prof^ª. Dr^ª. Paula Cambraia de Mendonça Vianna

Aprovado em Belo Horizonte: 05/02/2011

RESUMO

Trata-se de um estudo teórico sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira e os serviços substitutivos, incluindo a história da rede social de saúde mental do município de Guanhões/MG. Por meio de uma descrição acerca do funcionamento da rede de saúde mental no município, elaborou-se uma proposta de intervenção na rede de atenção de saúde mental no município de Guanhões/MG. A Reforma Psiquiátrica provocou e ainda provoca profundas transformações assistenciais nos municípios brasileiros. Os serviços substitutivos CAPS e os PSF são alguns dos serviços que funcionam na rede de saúde mental, e que assumem a frente do cuidado do paciente portador de sofrimento mental, substituindo o tratamento dentro dos hospitais psiquiátricos. Trata-se da transformação da atenção à saúde mental, de apenas curativo, para uma atenção comunitária. Com a Reforma Psiquiátrica, valoriza-se o paciente, seu sofrimento, busca-se sua inserção na comunidade. A rede de atenção, formada pelos serviços substitutivos deve estar permanentemente bem articulada, para que a atenção seja realizada integralmente. O presente plano de intervenção busca apresentar alternativas para a superação de entraves principalmente no que se refere à articulação dos CAPS e PSF no município de Guanhões.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica; Saúde Mental; Programa de Saúde da Família; Rede de Saúde Mental

ABSTRACT

This is a theoretical study of the Brazilian Psychiatric Reform and the substitute services, including the history of social network of mental health in the municipality of Guanhões MG. Through a description of the functioning of mental health services in the municipality, we elaborated a proposal for intervention in the network of mental healthcare in the municipality of Guanhões MG. The Psychiatric Reform provoked and still provokes profound changes in Brazilian municipalities. Mental health services CAPS and PSF are the primary services that work in mental health services, which take forward the care of patients with mental illness, replacing treatment in psychiatric hospitals. It is the transformation of mental health care, curative only for a community care. With the Psychiatric Reform, we value the patient, their suffering, seeks to insert in your community. The care network, formed by alternative services should always be well articulated, so that attention is carried out fully. This action plan seeks to present alternatives to overcome barriers especially with regard to the articulation of CAPS and PSF in the Guanhões.

Keywords: Psychiatric Reform, Mental Health, Family Health Program, Mental Health Network

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 DESENVOLVIMENTO.....	9
2.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL	9
2.2 A REDE SOCIAL DE SAÚDE MENTAL NO SUS	10
2.3 CAPS E SAÚDE MENTAL.....	11
2.4 PSF E SAÚDE MENTAL	14
2.5 NASF E SAÚDE MENTAL	18
2.6 ARTICULAÇÃO PSF E CAPS	19
2.7 OS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL	20
2.8 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE GUANHÃES	21
2.9 UM BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE DO MUNICÍPIO	23
2.10 CARACTERIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO E LEVANTAMENTO DE PONTOS FRÁGEIS	23
3 PROPOSTA DE PLANO DE INTERVENÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE GUANHÃES – MG.....	28
3.1 UM PRIMEIRO MAPEAMENTO DA SITUAÇÃO	28
3.2 OS PROBLEMAS E AS PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO	30
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS	42
ANEXO A	45

1 INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira é um processo de desinstitucionalização que visa reduzir progressivamente os leitos em hospitais psiquiátricos, expandindo, qualificando e fortalecendo a rede social extra-hospitalar através da implementação de serviços substitutivos como: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG) - incluindo as ações da saúde mental na Atenção Básica (Programa Saúde da Família -PSF), implementação de política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, programa “De Volta Para Casa”, entre outros. Atualmente, a Reforma Psiquiátrica é regida pela Lei Federal nº 10.216, de 06/04/2001, e pela Portaria nº 336/2002 do Ministério da Saúde. Aquela dispõe acerca do redirecionamento da assistência ao portador de transtorno mental, no qual devem receber o tratamento em serviços comunitários priorizando um atendimento “com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar a saúde, visando alcançar sua inserção na família, no trabalho e na comunidade” (Art.2º, II). A referida portaria dispõe sobre os CAPS’s , que têm como prioridade “o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo”, e inseridos num contexto social ampliado (Art.1º, I). Deve-se também capacitar e supervisionar as equipes de atenção básica e outros serviços de saúde mental, bem como contribuir na elaboração de programas nessa área. (FILHO, 2004; OLIVEIRA, 2008; SCÓZ, 2003; SOUZA, 2007; LUCCHESI, 2009)

Esses serviços substitutivos são inseridos no contexto da rede social, que funciona com a articulação de vários eixos cada um representando uma unidade de serviço, onde trocam continuamente elementos entre si, fortalecendo-se reciprocamente e ampliando o atendimento ao doente mental. Assim, a legislação prevê a recuperação do estado mental do usuário a sua inserção na sociedade, superando o serviço dos tradicionais tratamentos psiquiátricos restritos aos serviços especializados fechados. Essa rede é complexa, diversificada, e serve de referência ao usuário. Além disso, otimiza a comunicação dentro e fora da unidade, possibilitando a realização de ações integradas de caráter intra e interinstitucional, não somente com as instituições sanitárias, mas também com outros segmentos sociais, como a justiça, religião, profissionalização, lazer, etc. (BRASIL, 2007; FILHO, 2004; MANCE, 2001)

Este novo processo de atenção à saúde do portador de transtorno mental marca um progresso indiscutível da política do SUS em saúde mental, sendo que, nos últimos anos, a expansão, consolidação e qualificação da rede foram foco do Ministério da Saúde (MS).

Porém, apenas a existência das unidades que formam a rede, não garante o alcance que esta prioriza. Somente uma rede bem articulada, com potencial de construção de soluções frente à diversificada demanda, é capaz de garantir a resolutividade do problema e a promoção de autonomia e cidadania às pessoas com transtornos mentais. Para tanto é necessário sempre manter o foco na pessoa, sua existência e seu sofrimento (BRASIL, 2003; BRASIL, 2004; OLIVEIRA, 2008; BRASIL, 2007).

Estratégicos para alcançar estes objetivos, os CAPS foram fundamentais para mudar o cenário da atenção à saúde mental no Brasil. O MS estimulou também a inclusão da Atenção Básica nesse contexto, principalmente por meio da implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF) em todo o país, na qual equipes de saúde são responsáveis pela saúde de uma comunidade adscrita, criando um vínculo entre comunidade/serviço, paciente/profissional da saúde. A ESF possui como desafio promover a reorientação das práticas e ações de saúde. O PSF assume o compromisso de prestar uma assistência universal, integral, equânime e resolutiva para a população, na unidade de saúde e no domicílio. Utilizam-se como estratégia as ações de prevenção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O PSF valoriza os princípios de territorialização, vínculo com a população, o trabalho em equipe e participação democrática, participativa e solidária da comunidade de acordo com suas necessidades reais, identificando fatores de riscos e intervindo quando necessário. (BOTTI, 2008; COIMBRA, 2005; SOUZA, 2006; SOUZA, 2007)

Ao mesmo tempo em que o MS incentiva a implementação da ESF, afirma que a forma de atendimento ambulatorial na atenção básica, tradicional na saúde pública brasileira, necessita de maior efetividade, resolutividade e articulação mais orgânica com a rede de saúde mental. Avanços na resolução dos problemas de saúde da população por meio da vinculação com equipes e pelos serviços substitutivos em crescente expansão, não significa, contudo, que tenhamos chegado a uma situação ideal, do ponto de vista da melhoria da atenção. (BRASIL, 2004; BRASIL, 2007 -b)

Afinal, nem sempre a Atenção Básica dá conta dessa importante tarefa. Às vezes, a falta de recursos, de pessoal e de capacitação acabam por prejudicar o desenvolvimento de uma ação integral pelas equipes. Além disso, atender às pessoas com transtornos mentais é de fato uma tarefa muito complexa. Várias limitações pessoais e administrativas contribuem para que isso ocorra. Nota-se também que em muitos municípios os CAPS existem, mas não estão funcionando de acordo com as necessidades locais. (BRASIL, 2003; SOUZA, 2006)

Em contrapartida, em municípios onde CAPS e ESF são bem estruturados o acompanhamento às equipes da atenção básica tem sido organizado e realizado a partir desses serviços, tendo o PSF o apoio matricial do CAPS local.

Sabe-se que a implantação, expansão e qualificação do apoio matricial é um dos principais desafios para a gestão da Política de Saúde Mental do país. Daí a importância da organização de planos municipais de saúde mental que, partindo da realidade local, planejem e implantem uma rede de saúde mental, por meio da organização de CAPS por território, obedecendo aos parâmetros de cobertura, com equipes ampliadas, para que esses serviços possam dar conta do trabalho de matriciamento às equipes da atenção básica, além dos demais dispositivos necessários a essa rede. Do mesmo modo, os gestores devem se envolver no fortalecimento da formação continuada, que envolva tanto as equipes de saúde mental como as da atenção básica, para dar conta de fato da integralidade da atenção. A Política de Saúde Mental busca construir coletivamente o desejável processo de descentralização e sustentabilidade da nova rede de atenção. (BRASIL, 2007-b)

Nessa compreensão, baseamos a idéia de estimular ativamente, nas políticas de expansão, formulação e avaliação da atenção básica, diretrizes que incluam a dimensão subjetiva dos usuários e os problemas mais graves de saúde mental. Assumir este compromisso é uma forma de responsabilizar quanto à prevenção, promoção e recuperação da saúde, à busca da equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo. (BRASIL, 2003)

Dessa forma, estar à frente do serviço de saúde mental no município de Guanhães me fez refletir quanto ao funcionamento da rede de saúde mental do município. Percebo uma precariedade do atual serviço prestado, o que torna fundamental construir uma Política de Saúde Mental sustentável e uma rede integrada de atenção a saúde mental. Para que essa Política seja sustentável é preciso que as unidades integrantes da rede estejam em pleno

funcionamento e bem articuladas entre si. Afinal, não adianta uma boa articulação da rede se não há estrutura adequada para o acolhimento daqueles que a utilizam. Para tanto, verifica-se a necessidade de uma linha de intervenção para consolidar a atenção em saúde mental no município.

Apresento, neste estudo, uma proposta de intervenção em saúde mental no município de Guanhães – MG.

2 DESENVOLVIMENTO

Para elaboração desta proposta de intervenção foi realizada uma revisão de literatura sobre as políticas de Saúde Mental no Brasil, especialmente sobre a Reforma Psiquiátrica e sua articulação com a atenção básica.

2.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

A Reforma Psiquiátrica Brasileira é o conjunto de mudanças políticas e assistenciais que buscam substituir o modelo asilar, segregador, excludente, reducionista e tutelar que tem como centro de atendimento o hospital psiquiátrico, para o modelo expandido de desinstitucionalização, de recuperação da saúde, de inclusão social, que procura preservar a subjetividade do cliente, sua história de vida, suas relações interpessoais. Estabelece formas de tratamento em serviços abertos, criativos e maleáveis que atendam individualmente às suas necessidades e que o sustente no seu meio social. (MORENO, 1995; OLIVEIRA, 2008; SOUZA, 2007). Essa nova visão da saúde mental no Brasil

“Concretamente transforma os modos nos quais as pessoas são tratadas (ou não tratadas) para transformar o seu sofrimento, porque a terapia não é mais entendida como a perseguição da solução – cura [...] o problema não é a cura (a vida produtiva), mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas (dos espaços coletivos) de convivência dispersa”. (ROTELLI, 1990, p.29)

Consiste, então, no progressivo deslocamento do centro do cuidado para fora do hospital em direção à comunidade, ou seja, é a desconstrução do modelo manicomial no Brasil e de construção de estruturas substitutivas. Passa a considerar a atenção básica como lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os transtornos mentais. Por meio de novos dispositivos em saúde mental possibilita novas abordagens, princípios, valores e olhares às pessoas em situação de sofrimento psíquico,

impulsionando formas mais adequadas de cuidado à “loucura” no seu âmbito familiar, social e cultural. Isso nos remete à necessidade de uma parceria efetiva da Estratégia da Saúde da Família com o CAPS. (BRASIL, 2004; HIRDES, 2009)

2.2 A REDE SOCIAL DE SAÚDE MENTAL NO SUS

Um país, um Estado, uma cidade, um bairro, uma vila, um vilarejo são recortes de diferentes tamanhos dos territórios que habitamos. Território refere-se à área de responsabilidade de uma unidade de saúde baseado em critérios de acessibilidade geográfica e de fluxo da população, sendo constituído por várias unidades sanitárias. Mas não é apenas uma área geográfica delimitada, que caracteriza por si só um território. É constituído fundamentalmente por agrupamentos humanos (pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições e seus cenários - igreja, cultos, escola, trabalho, boteco etc.). (BRASIL, 2004; VIEIRA FILHO, 2004)

É nessa noção de território que se busca organizar uma rede de atenção àqueles que sofrem com transtornos mentais e suas famílias, juntamente com quem os cercam. O trabalho em rede supõe que nenhum serviço sozinho pode resolver todas as necessidades de cuidado das pessoas de um determinado território. (DELFINI, 2009)

O serviço de saúde mental na maioria das vezes referido é o CAPS. Mas, sabemos que apenas a estruturação do CAPS para atender a saúde mental na perspectiva psicossocial não basta, é preciso que todos os níveis de atenção à saúde que integram a rede realizem a assistência com uma articulação funcional entre eles, e que responda as demandas da saúde mental em co-responsabilidade com a comunidade (LUCCHESI, 2009). “Organizar a atenção à saúde mental em rede é uma prioridade no sentido de se produzir cuidado integral, contínuo e de qualidade ao portador de transtorno mental”. (DIMENSTEIN, 2005)

Considera-se que a implantação de uma rede social que é complexa, com diversos equipamentos de atenção, se impõe como algo inadiável para os atuais gestores em saúde. O empenho de gestores para expansão dos serviços de atenção à Saúde Mental tem dado resultados. Chegamos a junho de 2010 com 1541 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) cadastrados junto ao Ministério da Saúde. Isto é o resultado de uma parceria importante entre o Ministério da Saúde, através da Coordenação Nacional de Saúde Mental, e as Coordenações

situação precária dos hospitais psiquiátricos da época, único local até então de atendimento ao portador de transtorno mental, e a qualidade da assistência de saúde mental. (BRASIL, 2004)

“O Centro de Atenção Psicossocial é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, são aquelas que apresentam intenso sofrimento psíquico que lhes impossibilita de viver e realizar seus projetos de vida, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida, objetivando oferecer atendimento à população de sua área de abrangência. É o organizador, regulando a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários”. (BRASIL, 2004, p.13)

Apesar de o atendimento não necessitar de encaminhamento, o paciente que é referenciado ao CAPS já estará inserido na integralidade da assistência. O PSF no atendimento aos pacientes de transtorno mental e como participante ativo da rede social detecta precocemente aqueles que necessitam de atenção, para evitar furo na linha de assistência. (BRASIL, 2003; COIMBRA, 2005)

Além da assistência prestada ao paciente, os CAPS deverão assumir uma outra assistência, a de apoio matricial para as Equipes de PSF, pois são reguladores da rede social de saúde mental. Devem trabalhar em conjunto quanto à promoção da inserção comunitária e da autonomia dos usuários, articulando com outros setores disponíveis no território, necessários para sua integração sócio-cultural e econômica à comunidade. (SCHMIDT, 2009)

O CAPS, assumindo o papel estratégico que tem dentro da rede social de saúde mental, tem dentre tantas responsabilidades, as funções de:

- desenvolver projetos terapêuticos e comunitários;
- dispensar medicamentos;
- encaminhar e acompanhar usuários que moram em residências terapêuticas;
- assessorar e servir como retaguarda para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar. (BRASIL, 2004)

A rede de atenção psicossocial é estabelecida de acordo com o porte dos municípios. Os CAPS podem ser de tipo I, II, III, Álcool e Drogas (CAPS AD) e Infante-juvenil (CAPSi). Os parâmetros populacionais para a implantação destes serviços são definidos da seguinte forma:

- Municípios até 20.000 habitantes - rede básica com ações de saúde mental;
- Municípios entre 20 a 70.000 habitantes - CAPS I e rede básica com ações de saúde mental;
- Municípios com mais de 70.000 a 200.000 habitantes - CAPS II, CAPS AD e rede básica com ações de saúde mental;
- Municípios com mais de 200.000 habitantes - CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPSi, e rede básica com ações de saúde mental e capacitação do SAMU.

A composição da rede deve ser definida seguindo estes parâmetros, mas também atendendo a realidade local. (BRASIL, 2007-b)

Os CAPS's devem contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender à sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente estruturado e acolhedor. Devem para tanto contar com no mínimo:

- consultórios para atividades individuais (consultas, entrevistas, terapias);
- salas para atividades grupais;
- espaço de convivência;
- oficinas;
- refeitório (o CAPS deve ter capacidade para oferecer refeições de acordo com o tempo de permanência de cada paciente na unidade);
- sanitários;
- área externa para oficinas, recreação e esportes. (BRASIL, 2004)

Seu funcionamento deve ser no mínimo durante os cinco dias úteis da semana (2ª a 6ª feira). Seu horário de funcionamento nos fins de semana depende do tipo de CAPS. Para o presente estudo, enfocaremos o CAPS I, uma vez que Guanhães possui uma população estimada de 30.638 segundo o censo populacional de 2005. Para municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, a rede é formada por CAPS I e rede básica com ações de saúde mental, com horário de funcionamento de 08:00 às 18:00 de segunda a sexta. O CAPS I é para atendimento diário de adultos, em sua área de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes. (BRASIL, 2004; IBGE, 2009)

A Equipe do CAPS varia de acordo com cada modalidade e o tipo de atendimento também. Porém, todas as modalidades possuem uma equipe multiprofissional, sendo esta fundamental para manutenção do ambiente terapêutico. Para seu funcionamento deve obedecer ao mínimo

de profissionais exigido para cada área. No caso do CAPS I, de nosso interesse, a equipe técnica mínima para atuação, para o atendimento de 20 pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo é de:

- 1 médico com formação em saúde mental;
- 1 enfermeiro;
- 3 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;
- 4 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. (BRASIL, 2004)

Todo e qualquer atendimento no CAPS é embasado em um meio terapêutico. Ou seja, cada paciente possui seu plano terapêutico individual, o que nos remete novamente à integralidade e equidade do atendimento. Apesar de o plano ser individual, os recursos terapêuticos devem contar com *atividades individuais*, como a prescrição de medicamentos, psicoterapia, orientação; *atividades em grupo*, com a oferta de oficinas terapêuticas, expressivas, geradoras de renda, de alfabetização, e culturais, grupos terapêuticos, atividades esportivas, atividades de suporte social, grupos de leitura e debate, grupos de confecção de jornal; *atividades com a família*, através do atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino e atividades de lazer com familiares; e *atividades comunitárias*, desenvolvidas em conjunto com associações de bairro e outras instituições existentes na comunidade, que têm como objetivo a inserção do paciente na comunidade - festas comunitárias, caminhadas com grupos da comunidade, participação em eventos e grupos dos centros comunitários. (BRASIL, 2004)

2.4 PSF E SAÚDE MENTAL

Apesar de estratégico, o CAPS não é o único tipo de serviço de atenção em saúde mental. Aliás, como já foi citada, a atenção em saúde mental deve ser feita dentro de uma rede de atendimentos. Está incluída nesta rede a atenção básica, principalmente o PSF. A Política de Saúde Mental dentro desta perspectiva da Estratégia da Saúde da Família parte do pressuposto que a cidadania do portador de sofrimento psíquico se dá através da sua inserção no núcleo familiar, na comunidade e no trabalho. Para isso, é preciso a participação ativa da rede básica de saúde, por meio da integração das ações entre os serviços substitutivos e PSF. Não é possível haver uma inserção social com a família desassistida, pois para contar com sua

colaboração no processo terapêutico é necessário que os profissionais estejam presentes no processo de assistência (BRASIL, 2003; COIMBRA, 2005; OLIVEIRA, 2004; SOUZA, 2006; SOUZA, 2007).

No PSF, lembrando do conceito de território, existe uma proximidade e vinculação maiores da comunidade com o serviço de saúde, assim, as pessoas e grupos familiares são conhecidos pelo nome e por sua história, da mesma forma que conhecem os integrantes da equipe, o que possibilita essa presença ativa do profissional. Esse relacionamento entre profissionais envolvidos e a comunidade atendida favorece a humanização das práticas de saúde e pode promover a satisfação do usuário. A concepção de saúde nessa estratégia é baseada na promoção da qualidade de vida. Consiste na capacidade de responsabilizar-se pela pessoa, não se concentrando na doença e considerando o cuidado como uma ajuda para que a pessoa amplie sua autonomia. É o rompimento de dicotomias como saúde/saúde mental, exigindo práticas dentro do princípio da integralidade, inibindo a fragmentação do cuidado. Ou seja, a ênfase das ações de saúde mental no território constitui-se na própria essência da desinstitucionalização da psiquiatria, expandindo os serviços de prestação dessa atenção. (COIMBRA, 2005; HIRDES, 2009; SOUZA, 2006; SOUZA, 2007)

No atendimento do PSF, que engloba uma série de públicos específicos, deve ter incluído também o atendimento ao paciente portador de sofrimento mental, com ações específicas para estas pessoas. Como base de política pública, o PSF por ser uma estratégia do SUS é fundamentado em diversos princípios, que ajudam a nortear as ações de saúde, sendo:

- Territorialização (demanda específica);
- Desinstitucionalização, buscando oferecer atendimento de qualidade que consiga estabilizar e inserir o paciente no contexto social da comunidade, reduzindo ao máximo o número de reinternações;
- Reinserção social, cultural e econômica do paciente à sua rede de pertencimento;
- Planejamento, desenvolvimento e avaliação das ações em equipe multiprofissional;
- Desenvolvimento das ações de saúde mental nas unidades de saúde, nos domicílios, nos lugares e recursos comunitários;
- Viabilização de acesso rápido àqueles em situação de gravidade. (SCÓZ, 2003)

As propostas da reforma psiquiátrica, que insere em seu contexto o Programa Saúde da Família como um dos eixos estratégicos da rede social de saúde mental, mostram a importância de se integrar o aspecto mental do indivíduo na avaliação das famílias. Essa integração do PSF com a Saúde Mental inicia-se logo no cadastramento das famílias no PSF, através da Ficha A (instrumento de cadastro das famílias) onde constam os campos específicos das particularidades especiais de cada indivíduo da família. Dentre elas está a sigla DM, significando “distúrbio mental”. Porém, apesar de ter o campo, o problema não pode ser cadastrado no Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB, por não conter espaço específico para sua notificação, o que acaba por dificultar o levantamento epidemiológico do número de famílias com portadores de doença mental atendidos nas áreas de cobertura pelo PSF. Além desse fator, percebe-se uma imprecisão no significado atribuído ao DM atribuído (epilepsia, psicose, neurose, distúrbios do comportamento infantil, de aprendizagem, dependência de álcool e drogas e outros), pela ausência da especificidade do distúrbio na mesma ficha. É fundamental esse levantamento específico para o planejamento e implementação de ações de saúde mental para além dos certames dos hospitais psiquiátricos. (OLIVEIRA, 2004; SOUZA, 2006)

O desafio atual é consolidar a Saúde da Família como porta de entrada prioritária do SUS, visando resolver, na atenção primária, cerca de 80% dos problemas de saúde mental prevalentes. Desafios que são gerados pela realidade urbana e que requerem uma ação intersetorial mais efetiva. São situações de risco que precisam de uma intervenção imediata, como o abuso de álcool e drogas, violência familiar, tentativas de suicídio, abuso de benzodiazepínicos, transtornos do humor, retardo mental, entre outras, surgindo assim uma nova agenda básica de trabalho. Para que essas ações aconteçam no PSF é necessária a existência do vínculo e do diálogo entre Atenção Básica e Saúde Mental. Além disso, a identificação e o acompanhamento dessas situações, incorporados às atividades que as equipes de atenção básica desenvolvem são passos fundamentais para a superação do modelo hospitalocêntrico de cuidados em saúde mental. (BOTTI, 2008; DIMENSTEIN, 2005; SOUZA, 2006)

Apesar de existir o desafio, sabemos, porém que ainda existem muitas limitações para o acesso do usuário à UBS. Afinal, estes serviços vêm respondendo por menos de 10% da demanda, quando deveria ser a porta de entrada, evitando que os CAPS e hospitais psiquiátricos sejam os responsáveis por esse acolhimento inicial. Isso gera uma inversão do

fluxo de atendimento: o usuário pula a fase da atenção preventiva o que faz aumentar, desnecessariamente o atendimento nos CAPS e hospitais psiquiátricos (DIMENSTEIN, 2005).

Para atingir o desafio, os profissionais devem estabelecer novos processos de trabalho, devem ter como embasamento o acolhimento e acompanhamento desses pacientes em suas unidades, sendo estes norteadores do trabalho ao mesmo tempo em que são elementos fundamentais para a análise da assistência e para a qualificação permanente dos serviços. Importante lembrar que o acesso do paciente ao serviço é mais abrangente do que a simples oferta de serviços de saúde. É o acesso que facilita ou limita o uso dos serviços ofertados, ele é representado pelo acolhimento do cliente, e posterior acompanhamento deste. (FRACOLLI, 2004; SCHMIDT, 2009)

Uma vez acolhidos, identificados e incluídos na assistência do PSF, o cuidado aos agravos é função que deve ser considerado como primário no acompanhamento da atenção ao doente mental. Assim, evitam-se internações decorrentes da falta de assistência. Dentre essa atenção preventiva, a principal é o acompanhamento medicamentoso dos indivíduos fora do quadro agudo e a discussão com a sua família sobre o auxílio e importância dela nessa prevenção. (SOUZA, 2006)

O PSF deve, além de acompanhar, incluir o paciente nos serviços de intervenções oferecidos como os grupos educativos, atividades terapêuticas, atividades físicas, dentre outros. Isso evita excessivos encaminhamentos a serviços de maior complexidade. (FRACOLLI, 2004)

Quando acompanhado por uma equipe multiprofissional, há uma articulação de diferentes visões acerca do cuidado, possibilitando o cuidado na integralidade do atendimento. A oferta cotidiana de atendimento multiprofissional (psicoterapia, visita domiciliar, atividades de apoio social, etc.) depende da demanda de cuidados à saúde mental do usuário, das condições concretas de intervenção da equipe multiprofissional e dos recursos terapêuticos disponíveis. Todavia, o que permite os atendimentos se realizarem em rede é a interligação profissional entre eles nas ações terapêuticas intra e interinstitucionais (VIEIRA FILHO, 2004)

A família exerce papel fundamental na atenção ao portador de sofrimento mental, lidando diretamente com o sofrimento deste. Dessa forma, ela também necessita de atenção, devendo

ser incluída nesse cuidado integral e multiprofissional. Cabe à equipe de saúde fornecer apoio, orientação e auxílio a esta, atuando no sentido de amenizar o sofrimento da família e do próprio usuário. Esta ajuda da equipe de saúde da família com o apoio da equipe de saúde mental pode se dar através de visitas domiciliares, atendimento individual e familiar, assim como na reunião de grupos. Esse enfoque facilita a identificação de problemas que colocam em risco a saúde mental dos grupos e proporciona soluções comunitárias e na própria família, fortalecendo seus membros. (COIMBRA, 2005; SOUZA, 2006)

Apesar da sua importância na atenção à saúde mental, como já dito, o PSF não é o único que irá resolver todos os problemas do portador de transtorno mental. Isto ressalta a importância então do trabalho em rede. A integração dessa rede deve ser efetiva, para que nem o PSF nem outros serviços substitutivos sejam sobrecarregados ou encarregados de funções que não lhes compete. Uma boa forma de articulação, além do apoio matricial, é o serviço de referência e contra-referência, com a concentração do serviço em nível primário e secundário da atenção, evitando a ida desse paciente ao nível terciário (DIMENSTEIN, 2005; SOUZA, 2007; OLIVEIRA, 2008).

2.5 NASF E SAÚDE MENTAL

A publicação da Portaria dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF), estabelece que o NASF tem como objetivo “ampliar a abrangência das ações da atenção básica e sua resolutividade, instituindo a plena integralidade da atenção à saúde aos usuários SUS, através da qualificação e complementaridade do trabalho das Equipes de Saúde da Família”. (BRASIL, 2007-1)

Uma vez que são complementares à ESF, eles irão deparar a todo o momento com pacientes de saúde mental. Dessa forma, recomenda-se a inclusão de pelo menos um profissional de saúde mental na equipe do NASF. Esse profissional com conhecimento específico na área aumenta os acertos no cuidado e na ampliação do conhecimento de toda equipe através da troca cotidiana de saberes. A troca de informações entre o NASF e a assistência social é um aspecto relevante para a atenção integral ao paciente, afinal, um dos grandes problemas dos usuários com sofrimento mental são as profundas desigualdades sociais e a crise urbana atual. Assim, a articulação dos profissionais da ESF, do CAPS e do NASF deve promover o atendimento integral dos casos, com base nos processos de co-responsabilidade e atenção compartilhada, instituindo supervisão permanente. (BRASIL, 2007-a)

2.6 ARTICULAÇÃO PSF E CAPS

“A realização de parcerias entre serviços de saúde é vital para os cuidados em saúde mental no território e para operar os processos de reabilitação psicossocial. O desafio é integrar as ações, capacitar as equipes e aumentar a cobertura assistencial de saúde geral à população. Dessa forma, o PSF e o CAPS são estratégias de atenção à saúde e necessitam ser compreendidos num processo articulado à efetivação do SUS”. (DELFINI, 2009, p.1484)

A articulação é baseada na responsabilização e na co-responsabilização de cada unidade da rede que visam a produção de saúde. O objetivo deve ser sempre o de estabelecimento de vínculos que possibilitem a prestação qualificada do cuidado em saúde por meio da criação de vínculos e acolhimento. (BRASIL, 2003; CABRAL, 2001)

O CAPS assume o papel de co-responsável pela assistência através do suporte em saúde mental à atenção básica, na responsabilização pela organização da demanda e da rede de cuidados, e pela supervisão e capacitação das equipes de atenção básica. Deve, então, buscar uma integração permanente com outras unidades da rede, em especial o PSF. (DELFINI, 2009)

Vale ressaltar que a articulação PSF e CAPS não se resume em suporte técnico e treinamento das ESF. Requer, sobretudo, uma construção recíproca de uma prática fundamentada em uma teoria, em uma ética. A Saúde mental e PSF promovem transformações profundas nas práticas do Estado, em todos os seus níveis. É importante frisar que a articulação se dá pela co-responsabilidade dos serviços, e não pela “encaminhoterapia”, que numa rede desarticulada acontece excessivamente pelos PSF’s. (HIRDES, 2009)

Na questão do excesso de encaminhamentos deparamo-nos mais uma vez com a necessidade de existir o apoio matricial, pois na maioria das vezes esse excesso se deve ao fato de “não saber o que fazer” e nem “o que foi feito”. Encaminha-se o paciente para o local reconhecido socialmente como capaz de lidar com esta situação, como o CAPS e os hospitais psiquiátricos. O que vemos normalmente é a falta de diálogo entre as equipes, não atendendo integralmente e transdisciplinarmente a atenção em saúde mental. O usuário passa a ter um projeto terapêutico indefinido, pois é de responsabilidade de todos e ao mesmo tempo de ninguém, cada um preocupando apenas com a “sua” parte, fracionando mais uma vez o cuidado. (LUCCHESI, 2009).

Levantamento recente realizado junto às Coordenações Estaduais de Saúde Mental revelou que muitos estados estão investindo na assistência e na criação de equipes de saúde mental na atenção básica. Em alguns, existem ações sistemáticas. Porém, em grande parte dos municípios as ações apresentam menor regularidade e não contam com o apoio de profissionais de saúde mental. Isso demonstra que é fundamental apoio financeiro pelo MS aos municípios para o desenvolvimento dessa política de saúde mental na atenção básica. (BRASIL, 2007-2)

2.7 OS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

Para Saraceno, (1999) “a história natural das doenças encontra a história natural dos serviços. Assinala a importância da revisão crítica da prestação dos serviços para as transformações efetivas na vida dos pacientes, uma vez que estas variáveis – os serviços – têm um peso significativamente mais importante do que as variáveis clínicas. O autor ressalta que um serviço de alta qualidade deverá ser permeável e dinâmico, com uma alta integração interna e externa, e que somente estes podem garantir programas reabilitativos confiáveis”. (SARACENO, 1999 apud HIRDES, 2009, p.301)

Um serviço deve ser orientado para os problemas do paciente, ao motivo real que o levou até a unidade. A necessidade avaliada deve ser primeiramente a do paciente, para depois serem avaliadas as necessidades do serviço. Assim, um paciente que tem sua necessidade ultrapassando o que esse serviço pode oferecer, pode ser encaminhado corretamente ao serviço que irá satisfazê-las. Isso possibilita uma intervenção efetiva, por parte da equipe que o acolhe e o encaminha e novamente por outra que o acolhe. (TANAKA, 2006)

Como já referido, o PSF é estratégia fundamental para atenção à saúde mental. Porém, percebe-se que os profissionais que atuam nessa área estão muito despreparados para tal, principalmente os ACS's, que entram no serviço sem uma pré-capacitação. A saúde mental na perspectiva da saúde da família nos mostra que não é possível apenas transferir o caso para outros dispositivos da rede sem se responsabilizar também por acompanhar o tratamento preconizado pela unidade especializada. Assim, o vínculo e a contigüidade que caracterizam o atendimento do PSF, exigem lidar com o sofrimento humano, processo para o qual a maioria dos profissionais ainda não está preparada, exigindo dos profissionais um trabalho psíquico e uma capacitação continuada. (HIRDES, 2009; SOUZA, 2006)

Estudos afirmam que a capacitação da equipe na atenção básica, de forma continuada, incluindo os ACS's, é indispensável para que a integralidade da ação seja assumida,

melhorando a capacidade de resolutividade, pois se baseia na co-responsabilidade. (BOTTI, 2008; OLIVEIRA, 2008)

O ideal é que essa capacitação aconteça em Universidades e, para isso, é preciso estabelecer convênios e parcerias com elas. Deve-se estender estes contatos às escolas técnicas, aos conselhos e à sociedade, abordando a Reforma Psiquiátrica com base na ética e na cidadania e transformando a cultura atual. Porém, a alta carga de trabalho de cada profissional do PSF é um dificultador. Assim, nem sempre há tempo hábil para grupos de discussão, de estudos, debates sobre novas formas de tratamento e assistência a grupos específicos, como é o caso dos doentes mentais. Medidas devem ser tomadas a fim de que essa capacitação aconteça, para que assim, diminua a demanda do atendimento secundário (CAPS, por exemplo) e terciário (internação hospitalar nos manicômios) e efetive-se cada dia mais a Reforma Psiquiátrica Brasileira. (COIMBRA, 2005; DIMENSTEIN, 2005; SOUZA, 2006)

2.8 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE GUANHÃES

O Município de Guanhães possui aproximadamente 30.638 habitantes de acordo com o censo populacional de 2005, numa área urbana de 1.076 Km², segundo o IBGE, (2009).

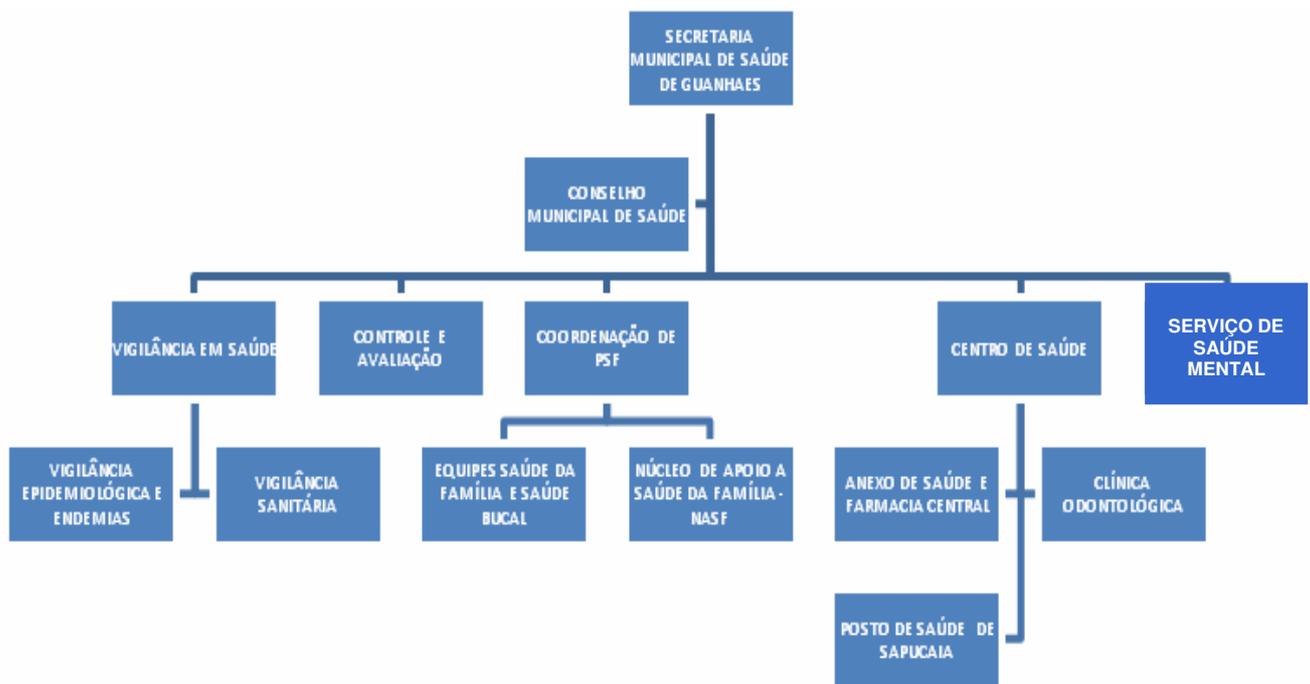
Distante 244 km da capital Belo Horizonte, a Secretaria Municipal de Saúde de Guanhães é subordinada administrativamente à Gerência Regional de Saúde (GRS) de Itabira e membro do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Centro Nordeste – CISCEN.

O município conta com sua rede própria de saúde organizada da seguinte maneira:

- 01 Centro de Saúde – Sede própria do município, oferecendo atendimento ambulatorial nas áreas básicas (pediatria, ginecologia-obstetrícia, clínica médica) e centralizando os serviços de referência (pré-natal de alto – risco, Tuberculose, Hanseníase, etc.) e ainda atendimento na clínica odontológica, contando também com a central de esterilização de materiais, a farmácia central e almoxarifado;
- 01 Anexo de Saúde – Em sede alugada, funcionando subordinado ao Centro de Saúde que sedia os programas de Controle da Hipertensão Arterial e Diabetes (SISHIPERDIA), Planejamento Familiar, SISVAN e Bolsa Família;

- 01 Um serviço saúde mental de referência – Em sede alugada. Possui equipe interdisciplinar para acompanhar o portador de sofrimento mental e seus familiares, com cadastro dos pacientes, distribuição e manuseio da medicação, atendimento psiquiátrico, psicológico e de enfermagem.
- 05 Unidades de Saúde – com sedes próprias, quatro delas funcionando como Unidade de Saúde da Família (Correntinho, Gafurina, Regional VI, Alvorada), e uma como Posto de Saúde (Sapucaia).
- 04 Unidades de Saúde _ funcionando em casas locadas, adaptadas para abrigar ESF (Regional VIIA, Regional VIIB, Sapucaia-Pito, Centro).
- 01 Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Tem sede no PSF Alvorada e é constituído de dois fisioterapeutas, um educador físico, uma farmacêutica, uma fonoaudióloga e uma enfermeira coordenadora.

A seguir, apresentamos o Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Guanhães:



Fonte: Plano Municipal de Saúde de Guanhães, 2008.

2.9 UM BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE DO MUNICÍPIO

- ✓ Agosto de 1999: As primeiras equipes de Saúde da Família de Guanhães foram implantadas no distrito de Correntinho.
- ✓ Março de 2000: Implantação dos PSF's nos distritos de Taquaral e Farias, áreas escolhidas por serem rurais e de difícil acesso. Neste mesmo ano foram implantadas as equipes Alvorada e Sapucaia, e o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde).
- ✓ Em 2001: O PSF- Sapucaia foi transferido para o Pito por não possuir população suficiente para manter o programa, razão esta que no sistema consta o Pito com o nome de Sapucaia.
- ✓ No final de 2001 e princípio de 2002: A equipe do PACS foi desmembrada, dando origem ao PSF-Regional VI, Regional VIIA e Regional VIIB.
- ✓ Em 2003: A equipe Taquaral/Farias foi desativada por falta de profissionais (médico e de enfermagem), sendo reimplantada em 2.005, onde recebeu o nome de PSF-Gafurina.
- ✓ Em 2007: Foi implantado o PSF Centro localizado no Centro da cidade.

O mais recente serviço de saúde implantado no município em 2008 foi o NASF que apóia todos os serviços da Atenção Primária.

2.10 CARACTERIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO E LEVANTAMENTO DE PONTOS FRÁGEIS

Quanto à atenção à saúde mental no município de Guanhães, sua história é resumida nos seguintes fatos históricos:

- ✓ Antes do ano de 1998: Existiam atendimentos isolados ao portador de sofrimento mental; havia um desconhecimento da demanda populacional em saúde mental.

- ✓ Do ano de 1998 a 2000: Guanhões adere à reforma psiquiátrica; Parceria dos serviços de psicologia e serviço social; Levantamento de dados sobre o sofrimento mental existente no município com apoio municipal e da Regional de saúde de referência – Itabira
- ✓ Do ano de 2001 a 2002: Recebimento e utilização da Documentação que dá suporte para a criação e implantação do serviço; Legislação de Saúde Mental; Lei Federal 8080 de 19.09.90; Portaria GM/MS 336 de 19-02-02; Portaria SAS/MS 189 de 20-03-02; Resolução SES 793 de 30-09-93; Elaboração do Projeto Técnico “Cidadão que Produz”.
- ✓ Do ano 2002 a 2003: Apresentação e aprovação do projeto de saúde mental ao Conselho Municipal de Saúde e envio deste a GRS/ Itabira – CIB/Micro / CESM; Trabalho monográfico de profissionais de saúde especializando em saúde da família – “Novo Olhar”; O serviço começa a funcionar em local próprio no município. Em dezembro de 2003 chega o documento de aprovação do projeto “Cidadão que Produz”; Doc. Memo./SAS/CESM/nº 317/03 com Deliberação - CIB/SUS/MG nº 46 de 1º de 12-03.
- ✓ Ano de 2004: Envio de projetos para angariar recursos para o serviço prosseguir em seu processo de crescimento e funcionamento; Portaria Municipal destinando local para edificação da sede do serviço; Abertura de conta em banco para recebimento de recursos financeiros.
- ✓ Ano de 2005: Recebimento de R\$15.000,00 que foi aplicado na compra de móveis para o serviço; Recebimento de R\$ 20.000,00 para ser aplicado na construção da sede do serviço – em conta.
- ✓ Ano de 2006: Elaboração do projeto arquitetônico da sede própria do serviço que foi aprovado pela ANVISA/BH; Demanda crescente
- ✓ Ano de 2007: Elaboração dos projetos elétrico, hidráulico, estrutural; Visita da Coordenadora Estadual de Saúde Mental de Minas Gerais – Dra. Marta Elizabeth; Entrega da Linha Guia em Saúde Mental - novos caminhos a construir;

- ✓ Ano de 2008: Elaboração da Planilha de custo para edificar a sede própria - valor R\$ 353.000,00
- ✓ Ano de 2009: Elaboração do projeto técnico para credenciamento do CAPS de acordo com a Coordenadoria Estadual de Saúde Mental.

Apesar do projeto já ter sido elaborado, ainda não foi possível credenciar o CAPS porque o mesmo não possui a equipe mínima exigida pela legislação e o espaço físico não está de acordo com as exigências da Vigilância Sanitária. Essa falta de credenciamento impede que o município receba a verba mensal específica de CAPS.

O atendimento de pacientes de Saúde Mental no PSF é bem restrito. Geralmente, a pessoa com transtorno mental, acompanhada pelo clínico vai ao PSF somente pra renovação da receita médica. O Clínico quando julga necessário acompanhamento especializado, encaminha esses pacientes para o serviço de saúde mental.

Devo frisar o seguinte: Guanhães não possui um CAPS cadastrado, mas sim um serviço de Saúde Mental.

A psicóloga do NASF faz alguns grupos com a população, mas não existe grupo para portadores de transtornos mentais. Não há um período de atendimento prioritário de paciente com transtorno mental no PSF. Chama a atenção também a grande quantidade de encaminhamentos ao psiquiatra demonstrando o ineficiente atendimento dessa clientela específica nos PSF's. Esse comportamento como já citado anteriormente, pula a etapa da atenção básica e transfere a responsabilidade de acompanhamento apenas para o serviço de saúde mental.

O serviço de saúde mental de Guanhães atende seguindo os princípios da Linha Guia principalmente no que diz respeito à filosofia do serviço, ao fluxo de atendimento e parcerias com os PSF's.

Temos como clientela os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Guanhães - MG e Micro-Guanhães (Virginópolis e Senhora do Porto após pactuação). O público alvo de atendimento são os pacientes referenciados das Unidades Básicas de Saúde do

município de Guanhães, e de outros municípios da micro-região através de PPI (Programação Pactuada Integrada).

A demanda da saúde mental no município de Guanhães vem dos PSF's, Centro de Saúde, Hospital Geral, pacientes egressos de outros serviços como hospitais psiquiátricos e Centros de Convivência, sendo o maior contingente advindo dos PSF's e Hospital Geral. Os pacientes são atendidos no CAPS mediante encaminhamentos dessas instituições municipais.

Além desses pacientes, o CAPS também acolhe a demanda espontânea redirecionando o paciente a outros serviços de acordo com a necessidade, as solicitações do poder judiciário, usuários de álcool e outras drogas, a demanda escolar infantil e APAE.

É uma clientela crescente, desde a faixa etária infanto-juvenil ao idoso que trás consigo uma história marcada pelas conseqüências do baixo poder aquisitivo, desinformação, ociosidade, baixa escolaridade, dificuldades afetivas e relacionais, dentre outros.

As especialidades presentes no serviço de saúde mental são: Psicologia, Psiquiatria, Enfermagem e Fonoaudiologia.

Como relatado acima, o serviço de saúde mental não possui a equipe mínima exigida para um CAPS , sendo composta atualmente por:

- 02 auxiliares de enfermagem;
- 01 técnico de Enfermagem;
- 01 Enfermeiro;
- 02 psiquiatras com atendimento quinzenal;
- 02 Psicólogos;
- 01 Fonoaudióloga

O CAPS I/Guanhães se localiza em casa locada, onde os cômodos foram adaptados para funcionamento, mas ainda não está de acordo com as exigências da Vigilância Sanitária. A futura sede encontra-se com projeto arquitetônico aprovado pela ANVISA.

O atendimento em grupo não é realizado pelos psicólogos e enfermeiro, devido a grande demanda por terapia individual e a falta de espaço para essas atividades.

Não existe remuneração específica para procedimentos de Saúde Mental como estabelecida pela Portaria número 189 de 19/11/91, como, por exemplo: oficinas terapêuticas, visita domiciliar e atendimentos em grupo.

Verifica-se no município a falta de critérios para encaminhar um paciente para a psiquiatria ou mesmo ao prescrever medicamentos psicotrópicos, pois os médicos dos PSF's não seguem o fluxograma da linha guia, encaminhando pacientes para renovação de receitas de medicamentos, mesmo estes não estando desestabilizados. Isso gera uma grande demanda por medicamentos e consultas em detrimento de terapias alternativas como atividades físicas, oficinas de artesanatos, atividades em grupo, música e etc.

O último levantamento feito nos prontuários em dezembro de 2009 mostrou que o número de pessoas cadastradas no serviço de saúde mental que já fizeram pelo menos uma consulta psiquiátrica somavam 1040 pacientes com os mais diversos diagnósticos. Esta situação reforça a necessidade de mantermos e de ampliarmos as parcerias com a atenção básica e outros profissionais somando ações para prevenir os agravos de saúde mental da população de Guanhães.

A clientela do CAPS de acordo com a Linha Guia do MS é constituída por neuróticos e psicóticos graves, e como citado acima, o nosso serviço atende a uma demanda diversificada e inespecífica o que acaba dificultando a assistência.

Outro aspecto importante da linha guia é a formação da Rede de Assistência à Saúde Mental que consiste em o paciente ser assistido por vários setores e por uma equipe multidisciplinar. Porém, essa rede em Guanhães e a responsabilidade compartilhada pelo paciente ainda é incipiente.

O fato de não ter o profissional médico durante a semana, apenas quinzenalmente por um plantão de 8 horas, nem mesmo um clínico para suporte em casos de crise, torna a estabilização do paciente muito demorada e conturbada.

É rotineiro o paciente com distúrbio mental não ser recebido no hospital geral e a equipe do serviço de saúde mental, que nem mesmo é capacitada para atuar em urgências, tem que arcar com todas as responsabilidades exercendo ações que não são de sua competência profissional.

Outro fato que dificulta a estruturação de uma rede integrada de saúde mental é a falta de um protocolo de atendimento aprovado pelo município.

3 PROPOSTA DE PLANO DE INTERVENÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE GUANHÃES – MG

3.1 UM PRIMEIRO MAPEAMENTO DA SITUAÇÃO

“A conservação da organização de um sistema dinâmico em um meio de interações exige a correspondência estrutural entre o sistema e o meio. Quando esta correspondência estrutural se perde o sistema se desintegra”. (MATURANA, 1998, p.35)

No âmbito do Ministério da Saúde, a Coordenação-Geral de Saúde Mental situa-se no Departamento de Ações Estratégicas (DAPE), subordinado à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). As instâncias estaduais e municipais de saúde mental trabalham de forma articulada. Alguns estados constituem comissões de acompanhamento da Política de Saúde Mental, com participação do controle social. Outras instâncias intersetoriais, como o Fórum de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes são formados em diversos estados e municípios para ampliar a articulação. (BRASIL, 2004)

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental (2010) teve como tema “Saúde Mental: direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”. Durante a conferência foram discutidos temas como: Saúde mental e políticas de estado; Consolidação da rede de atenção psicossocial e fortalecimento dos movimentos sociais; e Direitos humanos e cidadania como desafio ético e intersetorial. A conferência tratou os assuntos de forma intersetorial, ou seja, o indivíduo passa a ser visto de forma holística, unindo setores de participação como cultura, educação, trabalho, esporte, dentre outros, que visa melhorar o atendimento em saúde mental em rede. (MARIELLA, 2010)

Tornar uma rede de atenção à saúde mental sustentável é um desafio. Para tanto, é preciso articular com todos os componentes dessa rede, estabelecendo uma comunicação ativa e contínua. Essa articulação deve ser capaz de vencer a complexidade das demandas e garantir a

resolutividade do problema. A rede de saúde mental é complexa, diversificada, de base territorial, e deve constituir-se como um conjunto vivo e concreto de referências para o usuário dos serviços. (BRASIL, 2007-b)

Os profissionais que integram cada componente da rede devem estar em constante comunicação dentro do seu setor e com outros setores, num contexto de cooperação nas relações, porém com o foco em comum, em sintonia para o mesmo objetivo, evitando incoerência nas ações, e fazendo valer o trabalho em equipe: integral e não particulado. Essas diversas ações estão incluídas num projeto terapêutico que lhes dá sentido e harmonia. (VIEIRA FILHO, 2004)

Busquei partir dessa visão de políticas públicas para conhecer o funcionamento da rede de atenção em saúde mental de Guanhães e fazer o levantamento dos problemas estruturais e de articulação da rede. O trabalho em rede social visa descentralizar o atendimento e torna responsável aquele que realmente deve ser responsável por cada tipo de atendimento, proporcionando atendimentos mais rápidos e mais precisos para cada necessidade do paciente.

Em consequência, a psicoterapia praticada no CAPS incluirá tanto a possibilidade de variações na rede, quanto às intervenções na rede pessoal do usuário, quando necessárias. O PSF incluirá também intervenções na rede pessoal do usuário, atuando como um facilitador de atendimento rápido na prevenção dos agravos de saúde mental. (VIEIRA FILHO, 2004)

Percebem-se em Guanhães vários problemas setoriais e intersetoriais que dificultam o funcionamento da rede de saúde mental no município. Dentre os problemas podemos destacar a falta de identificação, orientação e acompanhamento dos pacientes com sofrimento mental nos PSF's e o grande número de encaminhamentos ao serviço de saúde mental. Percebe-se também o problema estrutural do serviço, tanto físico quanto a composição da equipe o que acaba por dificultar o atendimento ao paciente e sua família.

O plano de ação tem como objetivo apresentar soluções para os problemas da rede de saúde mental enfrentados no município de Guanhães, dentre estes os estruturais e os funcionais. A idéia é propor soluções para os problemas enfrentados no funcionamento da rede social de saúde mental, focando a parceria fundamental para o sucesso de funcionamento dessa rede: PSF/Serviço de Saúde Mental/NASF.

3.2 OS PROBLEMAS E AS PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO

Descrição da clientela

Não adianta ofertar um serviço sem conhecer a clientela com a qual se está trabalhando. Em primeiro lugar proponho um levantamento da demanda de saúde mental do município. Ninguém melhor para fazer esse levantamento que o PSF por meio de sua equipe e principalmente do Agente Comunitário de Saúde. Assim como os diabéticos e hipertensos possuem uma ficha própria, os portadores de sofrimento mental também precisam ter. Os agentes comunitários de saúde devem ter essa ficha em seu material de trabalho e sempre mantê-la preenchida e atualizada. Sugiro uma ficha B de Saúde Mental modificada pelo CAPS de Itabira e apresentada em uma reunião regional de saúde mental (**Anexo A**)

Os ACS's em suas visitas serão muitas vezes os primeiros a realizar a identificação daqueles em que foi percebido algum tipo de alteração cognitiva, afetiva ou comportamental, para que se faça uma triagem inicial de possíveis casos novos.

CAPS e PSF – Problemas funcionais

Os problemas são resultado de uma rede social desestabilizada e frágil. Abordaremos tanto os problemas funcionais do Serviço de Saúde Mental quanto do PSF, para logo estabelecermos maneiras de intervir nesses problemas em conjunto, apresentando intervenções conjuntas como possíveis soluções. A seguir são apresentados os principais problemas encontrados:

- Falta aos psicólogos e enfermeiro o atendimento em grupo tanto nos PSF's quanto no CAPS, que não ocorre devido à grande demanda por terapia individual e a falta de espaço para essas atividades. Uma das justificativas relaciona-se ao funcionamento da rede de assistência de saúde mental, que é frágil. O excesso de encaminhamentos desnecessários ao CAPS vindos dos PSF's e hospital geral causa o aumento dessa demanda.
- Grande demanda por medicamentos e consultas psiquiátricas a pacientes fora de crise, falta de critérios ao encaminhar um paciente para psiquiatria ou mesmo de prescrever medicamentos psicotrópicos, pois os médicos dos PSF's não estão seguindo o fluxograma da linha guia. Nota-se uma visível transferência do caso para outro serviço às vezes pela falta de conhecimento técnico para o tratamento.

- Falta de vínculo PSF/paciente, uma vez que este vai ao PSF apenas quando necessita de renovação de receita com o clínico. Não são realizados Grupos Operativos específicos de Saúde Mental, atividades de geração de renda e atividades culturais.

INTERVENÇÕES:

As intervenções aqui propostas estão elaboradas segundo a política de saúde mental do Ministério da Saúde. (BRASIL 2004)

1. Capacitação:

A Coordenação de Saúde Mental, em seu Programa Permanente de Formação para a Reforma Psiquiátrica, prevê a implantação de Núcleos Regionais de Capacitação e Produção de Conhecimento no interior dos Pólos de Educação Permanente em Saúde. Esses núcleos estão se constituindo com representantes de SMS, SES, unidades acadêmicas envolvidas, etc. São, portanto, instrumentos de apoio/cooperação para os municípios que estiverem realizando ações de saúde mental na atenção básica no sentido de qualificar a rede e o cuidado, e de repensar as estratégias de formação.

Há necessidade de oferecer melhor preparo aos profissionais para que eles saibam lidar com pessoas com doença mental. A formação baseada no tratamento de sintomas deve ser mudada, redefinindo a prática para o campo da reabilitação psicossocial e suporte às famílias.

A Secretaria de saúde do município precisa buscar meios para obter essa capacitação que deve contemplar tanto aspectos técnicos, relativos à promoção da saúde, assistência, reabilitação social, abordagem da família, quanto àqueles relativos à humanização das práticas, relacionadas à mudança de concepção dos temas comunidade e sofrimento psíquico.

Os Cursos a serem oferecidos podem ser voltados para as equipes da rede básica: médicos generalistas, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, incluindo propostas de atualização em Saúde Mental (temáticas relacionadas aos direitos de cidadania e direitos humanos (Estatuto da criança e do adolescente – ECA, direito dos portadores de transtornos mentais, dos idosos, das mulheres, etc.); princípios da reforma psiquiátrica e do PSF; família, grupos e rede social; intervenção na crise; problemas relacionados ao álcool e outras drogas;

sexualidade/DST/AIDS ; uso de psicofármacos, e sensibilização da equipe ao cuidado com o paciente com transtorno mental, entre outros).

Os próprios psiquiatras do Serviço de Saúde Mental podem promover treinamentos e debates com os profissionais dos PSF esclarecendo as principais dúvidas sobre a condução dos casos de saúde mental. A formação continuada dos profissionais do serviço também deverá ser estimulada.

O financiamento pode se dar através dos recursos do Projeto de Apoio à Expansão do Programa Saúde da Família (PROESF), de recursos da Secretaria de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde (SEGTE) para os Pólos de Educação Permanente em Saúde, de recursos específicos da Coordenação Geral de Saúde Mental, e das parcerias entre gestores locais e estaduais.

Uma vez capacitados, esses profissionais saberão lidar com esses pacientes e poderão instituir um projeto terapêutico eficiente participando ativamente das ações.

2. Grupos de discussão/apoio matricial

Criar um espaço de discussão entre o Serviço de Saúde Mental e PSF's para tratar dos casos mais difíceis de estabilizar, criando assim uma co-responsabilidade com o paciente. Por vezes, uma interlocução do psicólogo do NASF ou do médico do PSF com a equipe de saúde mental pode resolver uma situação de crise, uma demanda de usuários, ou até mesmo encaminhamentos desnecessários. Uma agenda de reuniões entre as equipes deve estar sempre aberta para debater os casos e buscar soluções conjuntas.

Essas reuniões promoverão reavaliação diagnóstica e terapêutica, tanto com o objetivo de reavaliação da terapêutica medicamentosa para aqueles que necessitam e acompanhamento precoce como dos possíveis casos novos. Nessas reuniões com as equipes de PSF's serão discutidos casos, haverá troca de experiência e conhecimento, acolhimento de angústias e de dificuldades dos trabalhadores de Saúde da Família, que têm pouca vivência em lidar com questões de saúde mental.

O apoio matricial por meio de uma equipe volante facilita o tratamento e acompanhamento dos casos. Essa equipe, no caso de Guanhães, será a própria equipe do Serviço de Saúde

Mental que é mais capacitada em saúde mental e poderá inclusive realizar visitas domiciliares para conhecer a dinâmica familiar do usuário. Poderá também atuar em casos de sofrimento psíquico intenso, em casos que não chegam aos serviços de saúde mental, como pessoas violentadas, ameaçadas e aprisionadas, ou quando a equipe se sente insegura para lidar com alguma situação.

Um membro da equipe relata o caso de um paciente, uma família ou de uma situação considerada difícil por envolver alguma questão de saúde mental. Para isso, é importante ter o prontuário e as informações daquele grupo familiar. Assim poderá se elaborar uma intervenção conjunta.

O apoio matricial também tem a função de capacitar as equipes para pensar e agir em saúde mental sem recorrer às velhas estruturas, construindo, no dia-a-dia do trabalho, novos dispositivos que possam de fato ajudar as pessoas a cuidar da saúde e reorganizar suas vidas. Uma questão importante é ampliar a capacidade de escuta dos trabalhadores, possibilitando pensar junto em intervenções que possam ajudar as famílias a superar suas dificuldades.

De posse desses dados, organiza-se a demanda do serviço, iniciando o acompanhamento do tratamento no domicílio e na própria unidade de saúde da família, para proporcionar uma assistência integral e individualizada, contando com a co-responsabilidade da família e do próprio doente.

Os membros dessa equipe de saúde mental farão o apoio matricial às diferentes equipes da atenção básica, programando sua carga horária para encontros semanais, e formas de contato para demandas inesperadas ou intercorrências.

A intervenção conjunta é elaborada se houver informação suficiente e assim a proposta terapêutica é instituída. Se não houver essas informações, posteriormente, agenda-se uma nova discussão para outro momento.

O espaço da reunião também tem a função de ser um local de aprendizado e apropriação de um novo modelo de trabalho.

3. Responsabilização conjunta

As propostas apresentadas a seguir estão de acordo com Ministério da Saúde (Brasil, 2003) para a responsabilização conjunta. As equipes de saúde mental de apoio à atenção básica incorporam ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico e participam também das iniciativas de capacitação.

O PSF e o Serviço de Saúde Mental devem buscar desenvolver ações conjuntas, priorizando: casos de transtornos mentais severos e persistentes, uso abusivo de álcool e outras drogas, pacientes egressos de internações psiquiátricas, pacientes atendidos nos CAPS, tentativas de suicídio, vítimas de violência doméstica intradomiciliar;

Discutir casos identificados pelas equipes da atenção básica que necessitem de uma ampliação da clínica em relação às questões subjetivas;

Evitar práticas que levem à psiquiatrização e medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana;

Desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando construir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade, como oficinas comunitárias, destacando a relevância da articulação intersetorial (conselhos tutelares, associações de bairro, grupos de auto-ajuda como alcoólicos anônimos, etc);

Priorizar abordagens coletivas e de grupos como estratégias para atenção em saúde mental, que podem ser desenvolvidas nas unidades de saúde, bem como na comunidade;

Trabalhar o vínculo com as famílias, tomando-a como parceira no tratamento e buscar constituir redes de apoio e integração.

4. Apoio do NASF/ Projeto de intervenção/cuidado individual e familiar:

A equipe do NASF em conjunto com a equipe de saúde da família e o Serviço de Saúde Mental deverá participar do acompanhamento integral dos casos. Sempre que possível participar das reuniões entre a equipe de PSF e o Serviço de Saúde Mental.

Cada pessoa portadora de transtorno mental terá seu projeto terapêutico traçado, voltado para suas reais necessidades. O projeto terapêutico deve ser individual tanto a pacientes que terão

esse tratamento traçado no Serviço de Saúde Mental, devido ao seu quadro, quanto no PSF através do apoio matricial. Uma vez traçado o projeto terapêutico, este deve ser acompanhado sempre de perto pela equipe de saúde da família e pela equipe de apoio matricial.

Os profissionais do NASF em Guanhães fazem um trabalho bastante relevante no que diz respeito à recuperação da saúde na prevenção de agravos atuando com palestras, grupos de atividades físicas, confraternização dos usuários e ajudam também na implementação do projeto terapêutico. Com a implantação do NASF, os usuários e familiares passaram a contar com mais informações em relação às doenças, aos tratamentos e às medicações, fortalecendo sua participação e autonomia.

5. Projeto de intervenção em grupo:

Ainda é pequena a participação dos usuários de saúde mental nas atividades de grupo oferecidas. É importante que esses usuários recebam um estímulo para participar e se sintam aceitos sem preconceito nesses grupos.

Formar um grupo de atividade com os pacientes do Serviço de Saúde Metal no próprio espaço do CAPS é uma forma de começar a ganhar a confiança desses pacientes que na maioria das vezes se isolam do convívio social e não aceitam essas atividades em grupo. A presença dos profissionais da equipe de saúde mental, com quem eles já têm mais intimidade, nesse grupo facilitaria a adesão dos pacientes.

É importante que o NASF promova também ações para diminuir o comportamento violento, abuso de álcool/consumo de drogas, isolamento social/afetivo, entre outros, através da realização de palestras, debates, atividades artísticas e de grupos principalmente com os adolescentes.

6. Projeto de intervenção da comunidade:

O NASF também pode realizar articulações com as diversas formas de organizações populares para construir novos espaços de reabilitação psicossocial (oficinas comunitárias, hortas comunitárias, cooperativas, etc) para a prática de inclusão social. Essas parcerias são consideradas como dispositivos de reabilitação psicossocial, pois operam como espaço de atividades grupais com convivência, acolhimento e vínculo.

A realização de diversos tipos de oficinas proporciona maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas, o exercício coletivo da cidadania.

Com essas parcerias e ações, a comunidade produz variadas relações de troca, o que é bom para a própria comunidade e para todos da saúde mental. As parcerias ajudam a toda a comunidade a reforçar seus laços sociais, afetivos e produzem maior inclusão social de seus membros. Por isso a participação da comunidade é muito importante para a implementação de uma rede de saúde mental.

7. Acolhimento:

É uma estratégia que proporciona acesso e possibilidade de atendimento aos usuários, o que demanda aos profissionais, conhecimento, capacidade crítica e empenho para prosseguir no projeto terapêutico.

Os PSF's de Guanhães possuem uma agenda dos atendimentos da psicóloga do NASF e se durante o acolhimento for identificado algum caso compatível com sofrimento mental, o profissional deverá ser direcionado primeiramente à psicologia do NASF para que possa ser instituído um acompanhamento ambulatorial desse usuário. A psicóloga juntamente com a equipe do PSF definirá se o usuário continuará com atendimentos na unidade (consultas individuais e grupos operativos) ou encaminhado ao Serviço de Saúde Mental. Esses casos poderão ser discutidos em reuniões entre as equipes PSF/Serviço de Saúde Mental/NASF.

8. Acompanhamento medicamentoso:

O acompanhamento medicamentoso visa manter a estabilidade do paciente. Deverá ser realizado pelos ACS's durante as visitas domiciliares, pela enfermeira e pelo médico durante as consultas e visitas domiciliares. Sempre deve ser estabelecida relação do uso de medicamentos com o estado psicossocial do paciente para que qualquer alteração na resposta ao medicamento seja diagnosticada e uma intervenção precoce aplicada, evitando assim a desestabilização do quadro do paciente.

9. Criação de Protocolo

Não existe um protocolo municipal de atendimento de Saúde Mental, portanto, os médicos dos PSF's deverão seguir inicialmente a Linha Guia adotada como referência. É importante salientar que o seguimento correto dessa linha guia servirá para definir papéis e funções entre as equipes, ou seja, atender no PSF aqueles casos estabilizados e encaminhar ao Serviço de Saúde Mental apenas os casos mais graves de difícil estabilização e controle quando os recursos do PSF já tiverem sido esgotados.

Posteriormente e com apoio de todas as instituições envolvidas na rede de saúde mental, do gestor e do conselho municipal de saúde, deve ser criado um protocolo ou um plano de saúde mental local englobando todas as ações, fluxo de atendimento e responsabilidades intersetoriais relacionadas à saúde mental do município.

10. Políticas públicas:

É necessário o desenho de uma política pública voltada para outros problemas prevalentes de saúde mental no município como: violência, somatizações, depressão, drogas, dentre outros, de maneira a definir os papéis e os perfis das várias instâncias envolvidas na assistência à saúde mental.

O estímulo e o reforço à gestão democrática e à formação de gestores também devem ser considerados: ao gestor local cabe, afinal, a gestão da clínica do CAPS, de suas relações com a rede de saúde como um todo e da própria equipe multiprofissional.

Deve haver uma sensibilização do gestor da saúde pelos profissionais da saúde mental a fim de apresentar a real situação de saúde mental do município e a clientela crescente que não tem espaço para se tratar corretamente.

É importante definir planos de cargos e salários, processos seletivos e normas de estabilidade que permitam qualificar e retomar a necessária isonomia no trabalho nos CAPS.

11. Hospital Geral

É preciso contar com o apoio do hospital geral com os leitos de retaguarda em casos de crise onde não existe CAPS III, que é o nosso caso. Uma negociação com o Hospital Imaculada Conceição que tem sede em Guanhães deve ser feita para disponibilizar pelo menos um leito

psiquiátrico para casos de urgência quando for necessário aguardar uma vaga em hospital psiquiátrico ou sua permanência temporária em caso de uma urgência psiquiátrica quando não houver psiquiatra no município.

Essa retaguarda do hospital geral fortalece a rede e diminui o preconceito sofrido pelo portador de sofrimento mental, pois o que ocorre no município atualmente é a recusa de atendimento por parte do hospital. A comunicação – referencia e contra referencia - também deve ser trabalhada entre o hospital geral/CAPS/PSF.

12. Nova sede do Serviço de Saúde Mental

A construção da nova sede do CAPS, de acordo com a normalização exigida é fundamental. Será sem dúvida a parte mais difícil de conseguir pelo grande investimento financeiro necessário. É preciso que a Secretaria Municipal de Saúde, juntamente com outras Secretarias somem esforços para que a Prefeitura de Guanhães coloque o projeto arquitetônico já aprovado pela ANVISA em desenvolvimento, como prioridade na área da saúde. É importante ressaltar que a nova sede deve ser construída em local estratégico da cidade para facilitar o trânsito do usuário entre PSF's e CAPS.

É primordial a sensibilização do gestor e do conselho de saúde sobre a necessidade de se construir a sede própria para um melhor cuidado aos portadores de distúrbios mentais, pois sem o apoio deles a construção da nova sede se torna impossível de acontecer. Portanto, a negociação com a gestão torna-se ponto chave para o fortalecimento da saúde mental em Guanhães já que percebo que essa fatia da saúde pública é sempre deixada de lado.

Proponho, então, apresentar ao conselho municipal de saúde a demanda de saúde mental do município, a precariedade da assistência prestada, a necessidade de espaço físico próprio e estabelecer um prazo de 2 anos para essas adequações.

13. Mudanças no quadro de funcionários:

- ✓ Contratação dos funcionários que faltam para completar a equipe mínima exigida pelo Ministério da Saúde deve ser realizada o mais rápido possível.

- ✓ Adequar a carga horária da psicóloga para que possa atender 40 horas semanais. Contratação de mais de um terapeuta ocupacional para realização de oficinas terapêuticas que são de grande relevância para a reinserção do paciente mental na sociedade.
- ✓ A presença de um profissional médico especializado em saúde mental ou de um psiquiatra pelo menos três vezes por semana para oferecer um suporte para a equipe em casos de pacientes em crise.

A resolução dos itens supracitados trará melhor qualidade de Atenção à Saúde Mental e retorno financeiro à Prefeitura, uma vez que legalizando esses problemas a Prefeitura de Guanhães receberá o um fundo extrateto (financiamento assegurado a todos os municípios que implantam o CAPS), o Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação, por intermédio das Apacs.

14. Oficinas terapêuticas e geradoras de renda

O CAPS deverá contar com a presença do profissional terapeuta ocupacional que é o profissional mais capacitado para realizar atividades físicas, lúdicas, pedagógicas, artesanais e de treino para independência pessoal e para o trabalho com os usuários da saúde mental. Esse profissional poderá desenvolver as oficinas terapêuticas que são imprescindíveis para restabelecer a cidadania da pessoa com transtornos mentais. As oficinas têm um papel primordial, tanto como elemento terapêutico quanto como promotoras de reinserção social, através de ações que envolvem o trabalho, a criação de um produto, a geração de renda e a autonomia do sujeito. Uma oficina se torna terapêutica de fato, quando enfatiza a relação terapeuta-paciente, a pessoa se torna pertencente a um grupo, convive e se comunica com o outro. Para isso, o usuário deve ser autor do processo, pensar com autonomia e ter capacidade de planejar o próprio trabalho.

Criar oficinas de alfabetização pode contribuir para que os usuários que não tiveram acesso ou que não puderam permanecer na escola possam exercitar a escrita e a leitura, como um recurso importante na construção da cidadania.

Oficinas geradoras de renda também devem ser criadas e servem como instrumento de geração de renda através do aprendizado de uma atividade específica, que pode ser igual ou diferente da profissão do usuário. Elas podem ser de: culinária, pintura, marcenaria, costura fotocópias, venda de livros, fabricação de velas, artesanato em geral, cerâmica, bijuterias, brechó, etc. Essas oficinas precisam ser registradas e a renda destinada aos usuários.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todas as intervenções e propostas fazem a vinculação do PSF/NASF com o CAPS. Percebe-se que com essas mudanças, o acolhimento, tratamento e acompanhamento do paciente ficarão principalmente no PSF, ficando o CAPS responsável apenas pelas funções dentro do que lhe é cabido. Ou seja, cada dispositivo de cuidado assumirá o seu papel e o realizará dentro da rede de atenção de saúde mental. Isso trará um retorno positivo para a rede, uma vez que esta se fortalecerá, o que acabará por refletir positivamente na atenção à saúde do município de Guanhães. Refletirá também diretamente na vida do usuário do serviço de saúde mental e seus familiares, por meio da sua reinserção na comunidade e da maior atenção à sua saúde como um todo. Trará consequências positivas para os profissionais de saúde, uma vez que estarão mais bem dotados de conhecimentos e mais atuantes no cumprimento do seu papel como profissional e cidadão, além de melhor qualidade de prestação de serviços devido à reestruturação do cuidado e das responsabilidades.

O plano é viável uma vez que, a despeito do dispêndio financeiro pela prefeitura para realizar as mudanças estruturais necessárias do CAPS e contratação de profissionais, o município terá retorno financeiro, já que o CAPS cadastrado recebe verba estadual mensal. Além disso, a capacitação dos profissionais juntamente com as intervenções no funcionamento do serviço também reduzirá custos, já que os pacientes serão mais bem assistidos, o que poderá reduzir em grande escala o número de internações e gastos com consultas, transferências e medicamentos.

Sabemos, porém, que para que mudanças ocorram, é necessário que todas as pessoas envolvidas se dediquem e que tudo seja voltado para o mesmo bem comum, o que não é fácil, pois isso depende de mudanças internas de cada profissional envolvido e principalmente da gestão municipal. Sabemos também que para atingir um bom nível de funcionamento da rede

é necessário tempo, e sendo assim, as mudanças, ocorrem gradualmente, mas devem ter um início, deve ser colocada a primeira pedra.

REFERÊNCIAS

1. BOTTI, N.C.L.; ANDRADE, W.V. **A saúde mental na atenção básica - articulação entre os princípios do sus e da reforma psiquiátrica.** Cogitare Enferm. v.13., n.3., p.387-94, Jul/Set, 2008
2. BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas / departamento de atenção básica. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários. Inclusão das ações de saúde mental na atenção básica.** Coordenação de saúde mental e coordenação de gestão da atenção básica, n.01, 2003. 7p
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86 p.: il. color. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)
4. BRASIL. Ministério da Saúde. SAÚDE MENTAL NO SUS. **Informativo da Saúde Mental MS/DAPES/Coordenação Geral de Saúde Mental.** Brasília – DF; Ano VI, n.26, ago/dez, 2007 a. 1
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007 b. 78 p. : il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios) 2
6. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde realizam IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial, entre 27 de junho e 01 de julho. Disponível em www.conselho.saude.gov.br** Brasília, 22 de junho de 2010.
7. CABRAL, B.; LUCENA, M.; OLIVEIRA, M.; GOUVEIA, M.; FREITAS, P.; PEREIRA, S. ESTAÇÃO Comunidade. In: Lancetti A. **Saúde Loucura. Saúde mental e saúde da família.** São Paulo: Hucitec; 2001. p.109-116.
8. COIMBRA, V.C.C.; OLIVEIRA, M.M.; VILA, T.C.; ALMEIDA, M.C.P. **A atenção em saúde mental na estratégia saúde da família.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v.7, n.1, p.113-117, 2005.
9. DELFINI, P.S.S.; SATO, M.T.; ANTONELI, P.P.; GUIMARÃES, P.O.S. **Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber.** Ciência & Saúde Coletiva, v.14, Supl. 1, p.1483-1492, 2009.
10. DIMENSTEIN, M.; SANTOS, Y.F.; BRITO, M.; SEVERO, A.K; MORAIS, C. **Demanda em saúde mental em Unidades de Saúde da Família.** Mental - ano III - n. 5 - Barbacena - nov. 2005 - p. 33-42.

11. FRACOLLI, L.A.; ZOBOLI, E.L.C.P.; **Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família.** Rev Esc Enferm USP; v.38, n.2, p.143-51, 2004.
12. HIRDES, A. **A reforma psiquiátrica no Brasil: uma revisão.** Ciência & Saúde Coletiva, v.14., n.1., p.297-305, 2009.
13. IBGE. BRASIL, 2009. **Levantamento demográfico e histórico do município de Guanhões.** Disponível em www.ibge.gov.br. Acessado em agosto/2010.
14. LUCCHESI, R.; OLIVEIRA, A.G.B.; CONCIANI, M.E.; MARCON, S.R. **Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.25, n.9, p.2033-2042, set, 2009.
15. MANCE, E. A.. **A revolução das redes. A colaboração solidária como alternativa pós-capitalista.** Petrópolis: Vozes, 2001.
16. MARIELLA, **Humaniza SUS na IV Conferência Nacional de Saúde Mental.** Disponível em <http://redehumanizasus.net/node/10627> . Acesso agosto 2010.
17. MATURANA, R. H. **Da biologia à psicologia.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
18. MORENO, Vania. **O processo de desinstitucionalização e a reforma psiquiátrica: representações sociais entre profissionais e ocupacionais da enfermagem.** Dissertação de Mestrado em Enfermagem – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1995, 227 p.
19. OLIVEIRA, A.G.B; ATAIDE, I.F.C.; SILVA, M.A. **A invisibilidade dos problemas de saúde mental na atenção primária: o trabalho da enfermeira construindo caminhos juntos à equipe de saúde da família.** Texto contexto Enfermagem; v.13, n.4, p.618-24, out/dez, 2004.
20. OLIVEIRA, A.G.B.; CONCIANI, M.E.; MARCON, S.R. **Gestão de equipes do PSF para a atenção psicossocial.** Cienc Cuid Saude, v.7, n.3, p.376-384, jul/set, 2008.
21. ROTELLI, F., LEONARDIS, O., MAURI, D., RISIO, C. **“A Reforma Psiquiátrica Italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”.** Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 1990.
22. SARACENO B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível.** Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia; 1999.
23. SCHMIDT, M.B.; FIGUEIREDO, A.C. **Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental.** Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo, v. 12, n. 1, p. 130-140, março 2009.
24. SCÓZ, T.M.X.; FENILI, R.M. - **Como desenvolver projetos de atenção à saúde mental no programa de saúde da família.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 5 n. 2 p. 71 – 77, 2003.

SOUZA, A.I.J.; ALTHOFF, C.R.; RIBEIRO, E.M.; ELSEN, I. **O PSF como ideal para a atenção às famílias de doentes mentais.** Fam. Saúde Desenv., Curitiba, v.8, n.3, p.273-278, set./dez. 2006.

SOUZA, A.J.F.; MATIAS, G.N.; GOMES, K.F.A.; PARENTE, A.C.M. **A saúde mental no Programa de Saúde da Família.** Rev Bras Enferm; v.60, n.4, p.391-5, jul/ago, 2007.

TANAKA, O.Y.; LAURIDSEN-RIBEIRO, E. **Desafio para a atenção básica: incorporação da assistência em saúde mental.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.22, n.9, p.1845-1853, set, 2006.

VIEIRA FILHO, N.G.; NÓBREGA, S.M. **A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social.** Estudos de Psicologia – v.9, n.2, p.373-379, 2004.

Anexo A
Ficha B de Saúde Mental

FICHA B- SM																		
FICHA B- SM		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ATENÇÃO PRIMÁRIA - SAÚDE DA FAMÍLIA									ANO							
MUNICÍPIO:		UNIDADE:			ÁREA:			MICROÁREA:		NOME DO ACS:								
IDENTIFICAÇÃO	A COMPANHAMENTO	MESES												FATORES RELEVANTES		OBSERVAÇÕES/ MEDICAÇÕES		
		J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	s/n				
NOME:	Data da visita do ACS															Fuma		
	participa do grupo de acolhimento?															Bebe		
IDADE:	Tem atividades sociais e de lazer?															Tem bom aspecto geral		
SEXO:	toma medicamento corretamente?															Tem apoio familiar		
ENDEREÇO:	tem efeitos colaterais a medicação?															Internação psiquiátrica/CAPS		
	medicação injetável? Que dia?															Comportamento alterado		
	faz uso de outra medicação?															Trabalha		
	Data da última consulta de saúde me															Outras condições de saúde		