

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**CRISTIANA CANDIDA MARTINS CUNHA**

**PLANO DE CAPACITAÇÃO EM SAÚDE MENTAL PARA PROFISSIONAIS DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA DE MACHADO-MG: UM OLHAR PARA AS REDES DE  
ATENÇÃO A SAÚDE**

**ALFENAS - MG  
2014**

**CRISTIANA CANDIDA MARTINS CUNHA**

**PLANO DE CAPACITAÇÃO EM SAÚDE MENTAL PARA PROFISSIONAIS DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA DE MACHADO-MG: UM OLHAR PARA AS REDES DE  
ATENÇÃO A SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Murilo César do Nascimento

**ALFENAS – MG  
2014**

**CRISTIANA CANDIDA MARTINS CUNHA**

**PLANO DE CAPACITAÇÃO EM SAÚDE MENTAL PARA PROFISSIONAIS DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA DE MACHADO-MG: UM OLHAR PARA AS REDES DE  
ATENÇÃO A SAÚDE**

BANCA EXAMINADORA

Prof. Murilo César do Nascimento

Profª Sueli

Aprovado em Alfenas, \_\_\_\_\_ de 2014.

Aos meus pais, aos meus irmãos e meu esposo Gustavo Angelone da Cunha, pois são a razão de tudo que sou e faço hoje. A meus amigos, Aline Alves dos Santos Dullius e Kairon Tavares Caproni, pelo companheirismo no decorrer deste curso.

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus por mais esta conquista.

Aos tutores do curso de pós-graduação do Programa Ágora pela atenção em todos os momentos. Ao orientador Murilo César do Nascimento pela paciência e atenção.

"As maiores loucuras são as mais sensatas alegrias, pois tudo que fizemos hoje ficará na memória daqueles que um dia sonharão em ser como nós: Loucos, porém, felizes."

Kurt Cobain

## RESUMO

A saúde brasileira vem sofrendo modificações desde a criação do SUS. A partir daí a Atenção Básica foi colocada em evidência para substituir o modelo hospitalocêntrico. O mesmo aconteceu com a Atenção em Saúde Mental. Outras formas de assistência em regime aberto foram criadas e a rede de atenção psicossocial envolveu vários serviços de saúde, inclusive o Programa Saúde da Família. Mas estes serviços apresentam dificuldades nestes atendimentos em saúde mental, álcool e drogas. Após diagnóstico situacional realizado no PSF Santuário, no município de Machado-MG, um dos problemas identificados foi a grande quantidade de tráfico e usuários de drogas na área. A revisão bibliográfica demonstra grande dificuldade em atender este público, tanto em saúde mental, quanto usuários de drogas. Este estudo objetivou elaborar uma proposta de capacitação para os profissionais da Atenção Primária à Saúde do Município de Machado sobre a atuação em Saúde Mental no nível local, no contexto das Redes de Atenção Saúde. Para isso, foi realizado um breve levantamento bibliográfico sobre: a História da Reforma Psiquiátrica e do Programa Saúde da Família; as Redes de Atenção à Saúde; as Redes de Atenção Psicossocial; a Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família e a Educação Permanente em Saúde. O Plano de Ação foi desenvolvido especificando todas as etapas, com as justificativas, especificando o local, o tempo necessário, quem ficará responsável por cada etapa, o método e o custo. O plano de capacitar todos os profissionais que compõe a rede de atenção psicossocial é a melhor alternativa para resolver a falta de conhecimento na área de saúde mental. Com o desenvolvimento deste plano de ação a equipe da Rede de Atenção Psicossocial melhorará os seus conhecimentos e a qualidade do serviço prestado a população.

Palavras-chaves: Saúde Mental, Programa Saúde da Família, Redes de Atenção à Saúde, Educação Permanente em Saúde

## **ABSTRACT**

The Brazilian health has undergone changes since the creation of the SUS. From there Primary Care emphasis was replacing the hospital-centered model. The same happened with the Care in Mental Health. Other forms of assistance open system were created and the network of psychosocial care involved various health services, including the Family Health Program. But these services have difficulties in these consultations in mental health, alcohol and drugs. After situational diagnosis made in PSF Santuário in the city of Machado-MG, one of the problems identified was the large amount of traffic and drug users in the area. The literature review demonstrates great difficulty in attending this public, both in mental health, as drug users. This study aimed to develop a proposal for training for professionals of Primary Health Municipality Machado about their involvement in Mental Health at the local level, in the context of Health Care Networks For this, a short bibliographic survey was conducted: the history of Psychiatric Reform and the Family Health Program; Networks of Health Care; Psychosocial Care Networks; Mental Health in Family Health Strategy and Continuing Education in the Health Plan of Action was developed specifying all steps, with justifications, specifying the place, the time required, who will be responsible for each step, the method and cost . The plan to train all professionals that make up the network of psychosocial care is the best alternative to solve the lack of knowledge in the area of mental health. With the development of this action plan the staff of the Network for Psychosocial Care will improve their knowledge and the quality of service the population.

**Keywords:** Mental Health, Family Health Program, Health Care Networks, Permanent Health Education



## LISTA DE ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde  
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial  
CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas  
CESAN – Centro de Saúde Aprígio Nogueira  
CESPREN – Centro de Saúde Prescildo Nanetti  
ESF – Estratégia de Saúde da Família  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
MG – Minas Gerais  
NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
ONG – Organização não-governamental  
PACS – Programa de Agente Comunitário de Saúde  
PSF – Programa de Saúde da Família  
PVC – Programa de Volta para Casa  
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SHR – Serviço Hospitalar de Referência  
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica  
SRT – Serviço Residenciais Terapêuticos  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UA – Unidade de Acolhimento  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UPA – Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	10
1.1	<b>Diagnóstico Situacional do PSF Santuário</b> .....	10
1.2	<b>Justificativa</b> .....	13
1.3	<b>Objetivos</b> .....	14
1.3.1	<b>Objetivos Gerais</b> .....	14
1.3.2	<b>Objetivos Específicos</b> .....	15
1.4	<b>Materiais e Métodos</b> .....	15
1.4.1	<b>Tipo de estudo</b> .....	15
1.4.2	<b>Local de estudo</b> .....	16
1.4.3	<b>População de estudo</b> .....	16
1.4.4	<b>Recursos utilizados</b> .....	16
1.4.5	<b>Referencial metodológico</b> .....	16
<b>2</b>	<b>BASES CONCEITUAIS</b> .....	18
2.1	<b>Breve história da Reforma Psiquiátrica e a Estratégia de Saúde da Família</b> .....	18
2.2	<b>As Redes de Atenção à Saúde</b> .....	21
2.3	<b>As Redes de Atenção Psicossocial</b> .....	22
2.4	<b>Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família</b> .....	24
2.5	<b>Educação Permanente em Saúde</b> .....	26
<b>3</b>	<b>PROPOSTA DE AÇÃO</b> .....	28
3.1	<b>Cronograma</b> .....	28
3.2	<b>Recursos Financeiros e Financiadores</b> .....	29
3.3	<b>Acompanhamento e avaliação</b> .....	29
3.3.1	<b>Indicadores Quantitativos</b> .....	29
3.3.2	<b>Indicadores Qualitativos</b> .....	30
<b>4</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	31
<b>5</b>	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	32
	<b>APÊNDICE I – Diagnóstico Situacional do PSF Santuário</b> .....	35

## 1 INTRODUÇÃO

Com a mudança do perfil epidemiológico do Brasil, a população está se tornando cada vez mais idosa. Juntamente com isso, está ocorrendo uma transição das doenças infecciosas para as doenças crônicas não transmissíveis e distúrbios mentais (ONU, 2002).

A população portadora de distúrbio mental tende a aumentar e conseqüentemente, o país deve estar preparado para atender estas pessoas. O número de pessoas usuárias de drogas é cada vez maior e cada vez mais preocupante.

A Estratégia de Saúde da Família e a Rede de Atenção Psicossocial ainda estão em desenvolvimento, assim como o SUS (MENDES, 2011). Apesar de todos os avanços relacionados à rede, há ainda muito a se fazer. As equipes de PSF não sabem como agir ao se depararem com um caso em saúde mental, e apesar do aumento dos Centros de Atenção Psicossocial no país, os outros serviços da rede ainda são pouco desenvolvidos. Cabe ressaltar que o tratamento e prevenção em álcool e outras drogas ainda é um problema grave de saúde pública e os serviços de atendimento para esses casos ainda estão se desenvolvendo com o decorrer dos anos (BRASIL, 2012).

Em 7 de dezembro de 2011, destaca-se o lançamento do Plano “Crack, é Possível Vencer” que complementa as ações do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, lançado em 2010, com foco nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial que fazem atendimento a pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Apesar de toda esta preocupação com o estes tipos de atendimento, cada vez mais aumenta o número de famílias destruídas pelas drogas (BRASIL, 2012)

O Programa de Saúde da Família (PSF), hoje definido como ESF (Estratégia de Saúde da Família), é importante na identificação e acompanhamento de alguns casos e é importante na rede de Atenção Psicossocial, mas apresenta dificuldades para realizar todas as atividades que é responsável (JUCÁ; NUNES; BARRETO, 2009).

Machado-MG é um município localizado no sul de Minas, que tem como a principal atividade econômica a agricultura. Conforme IBGE (2010), possui uma população de 38.688 habitantes. Na saúde pública, conta atualmente, com apenas seis Unidades de Saúde da Família, dois PACS (Programa de Agente Comunitário de Saúde) Rurais, um Centro de Atenção Psicossocial, um Pronto Atendimento Municipal, um Hospital Santa Casa de Misericórdia e dois Ambulatórios para atendimentos especializados e atenção básica (CESPREN e CESAN). A cobertura de PSF é baixa, mas o município está trabalhando para aumentar essa cobertura e, com isso, articular melhor a rede de atenção à saúde. Dentre os PSFs, foi realizado um diagnóstico situacional do PSF Santuário, que pode ser visualizado na íntegra no Apêndice I.

### **1.1 Diagnóstico Situacional do PSF Santuário**

O PSF Santuário é uma unidade de PSF inaugurada em setembro de 2011, no município de Machado - MG. A unidade atende aos bairros Vila do Céu (onde é situada), Jardim Bela Vista, São Geraldo, Primavera I, Bom Recanto e parte da Rua Ricardo Annoni Filho. Os bairros foram divididos em cinco microáreas para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde.

A população adscrita chega, aproximadamente, a 2.600 pessoas em 678 famílias, é uma comunidade próxima ao centro da cidade, que foi construída em terreno montanhoso, muitas vezes com divisões pouco delimitadas, o que tornou o cadastramento e o atual acompanhamento das famílias, assim como confecção do mapa inteligente tarefas complexas, já que existem várias casas no mesmo terreno, muitas vielas, ruas sem saída e casas de difícil acesso.

Os bairros Primavera I, Bom Recanto e São Geraldo ficam geograficamente distantes da unidade de PSF e para freqüentar a unidade a população que lá reside precisa percorrer região montanhosa, o que faz com que alguns usuários procurem outras unidades de saúde que apresentam acesso em ruas planas como o CESAN (Centro de Saúde Aprígio Nogueira).

A comunidade não tem formas de organização, como associação de bairros ou conselho local de saúde, não existe escola, creche ou empresas na área. Porém

existe tudo isso em local próximo a área de abrangência. Também não há iniciativas de trabalho com a comunidade através de ONGs ou igrejas.

A equipe é formada pelo médico, enfermeira, dois técnico de enfermagem, cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS), auxiliar de serviços gerais e recepcionista.

O PSF Santuário fica situado próximo ao centro da cidade, em casa alugada e adaptada enquanto aguarda a finalização da construção da unidade que abrigará duas Equipes de Saúde da Família.

Como o local é adaptado, foram utilizadas algumas divisórias para formar salas, o que faz com que a acústica local fique prejudicada, assim como a iluminação e ventilação. Apesar disso, o local é amplo, o espaço físico foi bem aproveitado e atende a população de aproximadamente 2.600 pessoas. Houve uma grande reforma antes da instalação do PSF com pintura, construção de banheiros, identificação externa e interna da unidade.

Todos os materiais e equipamentos utilizados na unidade são novos, existe área ampla para recepção, com aproximadamente 40 assentos, o que gera satisfação e humanização no atendimento.

Não existe sala para reuniões ou educação para a comunidade, porém as salas são localizadas lateralmente deixando um amplo espaço no centro da unidade, onde é utilizado para este fim.

A equipe tem dificuldades com a referência para os demais níveis assistenciais. A contra referência também deixa muito a desejar. Porém, desde o mês de março de 2012, o município de Machado trabalha como Gestão Plena, o que confere maior liberdade para administração dos recursos e desde então a maior prioridade é a organização das redes de atenção à saúde.

Tendo como base o SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), verificou-se que a área de abrangência do PSF Santuário em 2012, predominava uma população na faixa etária de 20 a 49 anos (43,28%). A principal morbidade encontrada foi a hipertensão arterial seguida do diabetes.

Através da observação ativa realizada pela equipe do PSF Santuário, os principais pontos observados foram:

- Aglomerado de famílias no mesmo terreno;
- Área muito montanhosa o que dificulta o acesso dos usuários e o trabalho da equipe;

- Tráfico de drogas e grande número de usuários de drogas;
- Não há organização da comunidade em associações, conselhos de saúde.

Os principais problemas identificados foram:

- Tráfico de drogas e grande número de usuários de drogas;
- Falta de opção de lazer para a comunidade;
- Desemprego;
- Risco cardiovascular aumentado;
- Proliferação de *Aedes aegypti* e surto de Dengue.

Após o diagnóstico situacional, onde se detectou que um dos problemas da área do PSF Santuário é o tráfico com grande número de usuários de drogas, e como as equipes da ESF apresentam desconhecimentos na área da saúde mental e dificuldades com relação à rede de atenção em saúde mental, será realizada em Machado-MG uma educação em saúde das equipes de ESF para, com isso, resolver a dificuldade dos profissionais da equipe em lidar com os casos de saúde mental e drogas e, conseqüentemente, iniciar a organização da rede de atenção em saúde mental dentro das possibilidades existentes no município.

## **1.2 Justificativa**

Com a reforma psiquiátrica, onde o modelo asilar vem sendo substituído por uma rede diversificada de cuidados em saúde mental, observa-se uma desorientação por parte dos serviços dessa rede: CAPS, residências terapêuticas, ambulatórios, unidades básicas de saúde, equipe de saúde da família, equipes de agentes comunitários de saúde, etc.

Muitos portadores de transtornos mentais e usuários de crack, álcool e outras drogas, são vistos nos serviços de atenção primária como “chatos”, impacientes e difíceis de lidar. Com isso, muitos profissionais desses serviços preferem encaminhar tais pacientes para a especialidade em psiquiatria e, com isso, buscar a resolução do problema. Sabe-se que tais condutas ocorrem por falta de preparo da equipe, causando um transtorno muito grande na rede de atenção em saúde mental,

onde a atenção primária se isenta da responsabilidade por estes pacientes (MINAS GERAIS, 2006).

O usuário portador de sofrimento mental, assim como o usuário de drogas, tem uma dificuldade muito grande em aceitar sua doença ou vício e conseqüentemente, manter sua saúde. Por isso, como Jucá, Nunes e Barreto (2009) descrevem: visando alcançar o melhoramento, manutenção da saúde mental da população e a reconstrução de uma cidadania - proporcionando promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, conforme o nível de resolutividade de cada serviço da rede de atenção em saúde mental - faz-se necessária a implementação de atividades educativas envolvendo os profissionais de saúde de todos os estabelecimentos que atendem pacientes da Saúde Mental em Machado-MG, em busca da organização da rede em saúde mental e a satisfação do usuário e familiares. Desta forma, as dificuldades que os familiares e usuários portadores de transtornos mentais e usuários de drogas sofrem ao precisarem do sistema de saúde pública seriam evitadas.

Com isso, acredita-se numa rede de atenção a saúde onde os profissionais da ESF devem encaminhar para os CAPS apenas os que realmente precisam de uma atenção mais especializada por certo tempo, e ainda, manter um sistema de referência e contra referência entre os serviços. Mas isso ainda não é possível, pois os profissionais da rede de atenção em saúde mental do município não são informados adequadamente e por isso não há articulação entre eles, dificultando o atendimento do usuário como um ser biopsicossocial inserido em comunidade.

### **1.3 Objetivos**

#### **1.3.1 Objetivo Geral**

Elaborar uma proposta de capacitação para os profissionais da Atenção Primária à Saúde do Município de Machado sobre a atuação em Saúde Mental no nível local, no contexto das Redes de Atenção a Saúde.

### **1.3.2 Objetivos Específicos**

- Descrever um diagnóstico situacional sobre os problemas mais relevantes na comunidade da área de abrangência do PSF Santuário de Machado-MG
- Construir um roteiro de oficinas para estudos sobre assuntos referentes à saúde mental, estando presentes os profissionais de todos os estabelecimentos da rede de saúde mental de Machado-MG;
- Criar um fluxograma para o atendimento dos portadores de doença mental, especificando todos os estabelecimentos da rede de atenção em saúde mental, desde a porta de entrada até o último nível de assistência;
- Detalhar um cronograma de intervenção com as oportunidades de capacitação em saúde mental;
- Discutir a importância de se trabalhar com o modelo de Redes de Atenção à Saúde, a fim de se evitar encaminhamentos desnecessários para o Serviço especializado.

## **1.4 Material e Métodos**

### **1.4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de uma pesquisa exploratória, que objetiva proporcionar maior familiaridade com o problema, através de levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que entendem sobre o assunto, e geralmente assume a forma de pesquisas bibliográficas e estudos de caso (GIL, 1994).

A presente pesquisa é uma proposta de intervenção, cuja caracterização do problema foi feita por meio do Diagnóstico situacional e a fundamentação teórica por meio de uma breve pesquisa bibliográfica. O plano de ação propriamente dito foi realizado após pesquisa de dados do SIAB de novembro de 2011 a abril de 2012, pesquisa com a população da área do PSF Santuário e observação ativa dos Agentes Comunitários de Saúde diretamente nos domicílios e toda área geográfica do PSF.



#### **1.4.2 Local do estudo**

O plano de ação será realizado no município de Machado-MG, envolvendo a Secretaria Municipal de Saúde e seus profissionais.

#### **1.4.3 População do estudo**

O público alvo para a realização deste estudo são os profissionais dos Estabelecimentos de Saúde pertencentes à rede de atenção em saúde mental.

#### **1.4.4 Recursos utilizados**

Os recursos utilizados para a realização do plano são recursos audiovisuais para a realização das educações permanentes em saúde, recursos humanos (equipe do serviço especializado em saúde mental – CAPS e os funcionários pertencentes aos serviços de saúde da rede de atenção psicossocial). Todo recurso financeiro necessário, será disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Machado-MG.

#### **1.4.5 Referencial metodológico**

O Plano de Ação foi desenvolvido especificando todas as etapas, com as justificativas, especificando o local, o tempo necessário, quem ficará responsável por cada etapa, o método e o custo.

Para o referencial teórico sobre o tema utilizou-se documentos do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, além de buscas em sites de revistas científicas e em sites de buscas, como Lilacs, Scielo, Bireme. Após leitura atenta das referências bibliográficas, foi possível perceber que o SUS, a ESF

e, principalmente, a rede de atenção Psicossocial vem mudando conforme a necessidade da população brasileira. Por isso, a educação permanente em serviço é fundamental para o alcance de um atendimento de qualidade. O presente trabalho é um plano de intervenção em atendimento dos objetivos propostos.

## 2 BASES CONCEITUAIS

### 2.1 Breve história da Reforma Psiquiátrica e a Estratégia de Saúde da Família

Segundo Kaplan e Sadock<sup>1</sup> citado por Porcus et al. (2007), distúrbio mental ou transtorno mental é uma doença com manifestações psicológicas ou comportamentais associadas com comprometimento funcional devido a uma perturbação biológica, social, psicológica, genética, física ou química.

Antigamente, os transtornos mentais eram tratados como uma falha de comportamento perante a sociedade. Acreditavam que eram causados por maus espíritos, magias ou por doenças físicas responsáveis por alterações na mente, observadas através de alterações psicológicas de causas desconhecidas. Usavam várias técnicas com o intuito de curar o mal dos doentes, mas as causas desses transtornos não eram evidentes. Nesta época, usavam o isolamento dos doentes mentais da sociedade, ou seja, o modelo asilar do hospital. Este modelo permaneceu por muitos anos (TERRA et al., 2006).

O corpo humano era visto como uma máquina constituída de partes separadas. Via-se o corpo dissociado da mente. Dessa forma, a prática assistencial da saúde foi influenciada em inúmeros aspectos, entre eles o estabelecimento do diagnóstico pautado na classificação. Na ótica desse modelo, prevalece o fenômeno do adoecimento mental, que focaliza os sintomas, conflitos, problemas na comunicação e nas relações interpessoais. Esse contexto favoreceu o olhar centrado na doença, na medicação e no hospital e desviado do ser humano na sua totalidade (TERRA et al., 2006).

Os primeiros hospitais psiquiátricos brasileiros foram fundados no fim do século XIX, onde a ideologia dessas instituições tendeu desde o início, para a exclusão. Esses hospitais eram marcados pelos maus-tratos, superlotação e falta de estrutura física. A partir disso, nos anos 70, surgem denúncias contra tal situação (MINAS GERAIS, 2007).

---

<sup>1</sup> KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J. Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. Porto Alegre: Artmed, 1997.

Devido a isso, iniciou nesta década no Brasil, a Reforma Psiquiátrica, na qual ocorre a crítica ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. Através da Luta Antimanicomial, defende-se a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental (BRASIL, 2005).

Nos anos 90, com os avanços do movimento da reforma, houve a agregação de novos atores, tornando-a um verdadeiro movimento social. A partir de então, surgiram novas políticas públicas de Saúde Mental, onde o fechamento de hospitais psiquiátricos e a diminuição de leitos estão ocorrendo progressivamente (MINAS GERAIS, 2007).

De acordo com Brasil (2004), a partir destas mudanças no cenário da saúde mental, vários CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) foram abertos e o primeiro foi inaugurado em 1986, na cidade de São Paulo. CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde, onde é realizado tratamento para pessoas com transtornos mentais severos, cujos quadros justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo. Tem o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias.

Segundo Brasil (2012), pode-se destacar alguns avanços na rede de atenção em saúde mental. Em 2011, houve o cadastramento de 122 novos CAPS, entre eles 5 CAPSad 24h, a cobertura nacional em saúde mental chegou a 72% (considerando-se o parâmetro de 1 CAPS para cada 100.000 habitantes), com 1742 CAPS. A Rede de Atenção Psicossocial conta ainda com 625 Residências Terapêuticas, 3.961 beneficiários do Programa De Volta Para Casa, 92 Consultórios de Rua e 640 iniciativas de inclusão social pelo trabalho de pessoas com transtornos mentais. Em 2002, existiam apenas 424 CAPS, o que correspondia a uma cobertura de 21%. Logo, a nova estratégia em saúde mental vem se desenvolvendo cada vez mais.

Sabe-se que apenas o serviço do CAPS para atender os usuários portadores de transtorno mental na perspectiva psicossocial e de cidadania não basta. Por isso, é necessária uma rede precisa, onde existam variados serviços em diversos níveis de atenção à saúde, que respondam às demandas da saúde mental relacionadas à comunidade (LUCCHESI et al., 2009).

Conforme Millani e Valente (2008), há uma nova ética no cuidado em saúde mental, onde não exista o isolamento. Além disso, o portador de doença mental deve ser tratado como um sujeito e não como uma doença, através da inclusão, do acolhimento, da compreensão e da ampliação da cidadania.

se a doença é colocada entre parênteses, o olhar deixa de ser exclusivamente técnico, exclusivamente clínico. Então, é o doente, é a pessoa o objetivo do trabalho, e não a doença. Desta forma a ênfase não é mais colocada no processo de cura, mas no processo de “invenção da saúde” e de “reprodução social do presente” (AMARANTE<sup>1</sup> apud MILLANI; VALENTE, 2008, p.15).

Assim, o nível primário de atenção se apresenta como um “espaço” privilegiado para o tratamento em saúde mental ocorra, pois a Organização Mundial da Saúde (OMS) ao recomendar ações definidoras do modelo de atenção em saúde mental, ressaltou a importância da atenção primária para garantir o tratamento na comunidade (OMS<sup>2</sup>, 2001 apud LUCCHESI et al., 2009).

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado pelo Ministério da Saúde em 1994, como estratégia do governo para proceder “a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, a partir da atenção básica, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado pelo modelo curativista e hospitalocêntrico. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas” (FRANCO; MERHY, 1998).

O PSF se apresenta como a porta de entrada para o sistema de assistência, sendo uma nova forma de trabalhar a saúde, tendo a família como centro da atenção. É a expansão da atenção primária à saúde em direção à incorporação de práticas preventivas, educativas e curativas mais próximas da vida cotidiana da população, e principalmente dos grupos mais vulneráveis. As intervenções são realizadas preventivamente, conforme a área adstrita de cada unidade, diretamente com a população (ROSA; LABATE, 2005).

---

<sup>1</sup>Amarante P. O Homem e a Serpente: Outras Histórias para a Loucura e a Psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.

<sup>2</sup> Organização Mundial da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo – saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2001.

É importante notar que, em uma perspectiva histórica, a proposta de criação dos Centros de Atenção Psicossocial surge em paralelo com a implementação do Programa de Saúde da Família. Desta forma, a proposta de criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ganha força, mas surge outra preocupação: a de envolver a rede de atenção básica na assistência à saúde mental (JUCÁ; NUNES; BARRETO, 2009).

Enquanto o modelo de atenção em saúde mental buscava a desinstitucionalização dos portadores de transtornos mentais através do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o Programa de Saúde da Família (PSF), por sua vez, serviria como importante articulador da rede de saúde mental, no intuito de superar o modelo hospitalocêntrico; centrar o cuidado na família (e não no indivíduo doente); trabalhar com os conceitos de vigilância à saúde e de enfoque sobre o risco; desenvolver atividades que incluam a prevenção e a promoção da saúde (incluindo a saúde mental), politizando as ações de saúde de modo a lidar com os determinantes sociais do adoecimento; realizar práticas intersetoriais e desenvolver o exercício da cidadania (PAIM, 2001).

Por esse motivo, o Programa de Saúde da Família (PSF) se torna um elo importante na identificação e acompanhamento de alguns casos em que o sofrimento mental estivesse presente. E é também muito importante na rede de Atenção Psicossocial (JUCÁ; NUNES; BARRETO, 2009).

## **2.2 As Redes de Atenção à Saúde**

O SUS, Sistema Único de Saúde, é uma proposta de uma política pública que iniciou a partir do movimento sanitário brasileiro. Foi instituído pela Constituição Federal de 1988. Considerado uns dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, é um experimento social que está dando certo e seus avanços são inquestionáveis, mas enfrenta enormes desafios e para o alcance de tudo o que está proposto, terá que superá-los (MENDES, 2011).

Como já foi mencionado, a situação de saúde brasileira vem mudando e, hoje, marca-se por uma transição demográfica acelerada. Os sistemas de atenção à saúde são administrados conforme as necessidades de saúde dos cidadãos e, como

tal, devem operar em total coerência com a situação de saúde das pessoas usuárias. Porém, essa situação de saúde não poderá ser respondida adequadamente, por um SUS totalmente fragmentado e voltado prioritariamente, para o enfrentamento das condições agudas (MENDES, 2011).

Por isso, faz-se necessário a implantação das Redes de Atenção à Saúde, uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam oferecer saúde pública, conforme os Princípios e Diretrizes SUS, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira (MENDES, 2011).

A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, com relações horizontais entre os pontos de atenção, com diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. São organizadas através de um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde, com centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde, para prestar uma assistência contínua e integral a uma população definida (BRASIL, 2010).

Há evidências na literatura internacional de que as redes de atenção à saúde podem melhorar a qualidade dos serviços, os resultados sanitários e a satisfação dos usuários e reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2011)

A Atenção Primária à Saúde assume o primeiro nível de atenção, responsabilizando pela resolutividade dos cuidados primários e dos problemas mais comuns de saúde e a partir da qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção. São exemplos de pontos de atenção à saúde: os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros (BRASIL, 2010).

### **2.3 As Redes de Atenção Psicossocial**

Como já foi mencionado, a Política Nacional de Saúde Mental busca consolidar um modelo aberto de atenção em saúde mental. A proposta é garantir a

livre circulação das pessoas com problemas mentais pelos serviços, pela comunidade e pela cidade.

Para isso, a Rede de Atenção Psicossocial, que estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas, vem crescendo no decorrer dos anos. A Rede é composta por serviços variados, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidade de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III). Faz parte dessa política o programa de Volta para Casa, que oferece bolsas para pacientes egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2011).

Conforme a Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011, a Atenção Psicossocial está presente em vários níveis de atenção à saúde dentro da Rede, além de várias outras iniciativas são realizadas para alcançar o atendimento adequado em saúde mental:

#### **Na Atenção Básica**

- Unidade Básica de Saúde (UBS);
- Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF);
- Consultório de Rua;
- Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- Centros de Convivência e Cultura.

#### **Atenção Psicossocial Estratégica**

- Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades.

#### **Atenção de Urgência e Emergência**

- SAMU 192;
- Sala de Estabilização;
- UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência /pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde

#### **Atenção Residencial de Caráter Transitório**

- Unidade de Acolhimento;



- Serviço de Atenção em Regime Residencial.

### **Atenção Hospitalar**

- Enfermaria especializada em hospital geral;
- Serviço Hospitalar de Referência (SHR) para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

### **Estratégia de Desintitucionalização**

- Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT);
- Programa de Volta para Casa (PVC).

### **Estratégias de Reabilitação Psicossocial**

- Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda;
- Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.

Todos os pontos da Rede de Atenção Psicossocial possuem obrigações no atendimento à Saúde Mental, mas cabe ressaltar tais obrigações das Unidades Básicas de Saúde. Estas, como ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial, tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede (BRASIL, 2011).

## **2.4 Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família**

Com a mudança no modelo de atenção à saúde mental, a desinstitucionalização dos Portadores de Saúde Mental por longos períodos, e a implantação de serviços substitutivos ao modelo tradicional levaram à desospitalização dos pacientes e o retorno à família e à sociedade (PINI; WAIDMAN, 2012).

Conforme o mesmo autor supracitado, assim como ocorreram na atenção à saúde mental, a atenção básica também foi reorganizada em 1994, com a criação do Programa Saúde da Família (PSF), definido em 1997 como Estratégia Saúde da Família (ESF). Tanto a saúde mental quanto a atenção básica, buscam melhorar a qualidade de vida e se convergem na busca em romper com o modelo médico hegemônico, e tornar a família como objeto de atenção. Deste modo, cabe a ESF desenvolver ações para as necessidades de ordem mental, com enfoque na prevenção e promoção da saúde mental e acompanhamento dos Portadores de Transtornos Mentais e suas famílias.

As equipes da ESF devem assumir o acompanhamento daqueles portadores de sofrimento mental em que o grau de complexidade do problema apresentado pelo paciente e dos recursos necessários para seu cuidado forem menores e a apresentação dos sintomas das doenças sejam mais brandas. Quando esse grau de complexidade extrapola as possibilidades dos profissionais não especializados, o caso deve ser encaminhado para uma unidade de saúde de referência que disponha de profissionais de Saúde Mental (MINAS GERAIS, 2006).

Para que os encaminhamentos não sobrecarreguem os serviços especializados em saúde mental, é importante que encaminhem apenas o que realmente não for da competência da ESF. A ESF é uma importante aliada nos cuidados às pessoas com transtornos mentais, porquanto grande parte dos usuários encaminhados aos serviços especializados não possuem uma demanda específica que justifique uma atenção especializada (QUINDERÉ et.al 2013).

Conforme Pini e Waidman (2012), após estudo realizado em Maringá-PR, que pesquisou os fatores que interferem nas ações ao portador de transtorno mental, detectaram que as equipes de ESF apresentam muitas dificuldades em realizar atendimentos em saúde mental. Por isso, as equipes da ESF estão se organizando para assistir os portadores de transtornos mentais e suas famílias. Sobre as ações em saúde mental desenvolvidas pela equipe da ESF, apontaram muitos fatores que dificultam para a assistência ao portador de transtorno mental. Foram citados fatores advindos do campo profissional, pessoal, de serviços e comunidade, considerados pelos profissionais como importantes e com possibilidade de interferir na assistência ao usuário portador de transtorno mental. Ocorreram relatos de dificuldade em lidar com esses pacientes, relatos de preconceito, de medo e de desconhecimento na área da saúde mental.

Minas Gerais (2006) também descreve três impedimentos para as equipes de ESF assumirem os atendimentos em saúde mental. O primeiro é a recusa a priori da equipe em atender estes pacientes. O segundo tem a ver com suas dificuldades concretas em lidar com eles. O terceiro é a questão do despreparo pela falta de conhecimento na área.

Contudo, os problemas relatados pela equipe de ESF não se resolvem simplesmente transferindo seu atendimento da Saúde Mental para o CAPS ou outro centro de referência em saúde mental. Quando a equipe resolve o problema desta forma, o que acontece muito rapidamente é a superlotação das agendas do serviço especializado em saúde mental, e vice-versa. Logo, é preciso uma dupla comunicação e articulação entre os serviços da rede de atenção em saúde mental (MINAS GERAIS, 2006).

A equipe do serviço especializado em Saúde Mental deve estimular os colegas não especialistas da atenção básica a acompanhar os portadores de sofrimento mental que eles próprios têm condições de atender. Mas para isso, é importante mostrarem boa vontade de ajudar nas dificuldades dos colegas, discutindo os casos sempre que necessário (BRASIL, 2006).

Pode-se perceber que os dois últimos autores citados abordaram a questão do desconhecimento na área da saúde mental pelos profissionais da ESF. Minas Gerais (2006) relata que esta dificuldade pode ser solucionada. Cursos de capacitação em Saúde Mental, referências bibliográficas adequadas, reunião das equipes da ESF e do serviço especializado, são recursos necessários para solucionar o problema.

## **2.5 Educação Permanente em Saúde**

Com a criação do SUS, os profissionais devem estar preparados e capacitados para agirem como o “novo sanitário”. Ocorre a mudança do enfoque aos assuntos voltados para o atendimento hospitalar para o enfoque para o atendimento em saúde pública. Isso envolve conhecimentos em Epidemiologia e Ciências Sociais, para compreender as formas de as pessoas adoecerem, e também

outros domínios como planejamento, problemas ambientais, saúde do trabalhador, gestão pública, ética e outros (L'ABBATE, 1999).

A educação permanente em saúde é um modelo diferenciado de educação para adultos, proposta para reorientar a educação dos trabalhadores da saúde (BRASIL, 2005b).

Recebe várias denominações: capacitação, treinamento, cursos, atualizações, aperfeiçoamento, entre outras, mas todos estes nomes tem um mesmo significado, com um mesmo eixo principal: a dimensão do desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas visando melhorar qualidade de vida e saúde da população (MACHADO; WANDERLEY, 2012).

A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Nela também dispõe sobre a criação e as funções das Comissões Permanentes de Integração entre Ensino e Serviços de Saúde. Logo, desde o início da implantação do SUS já se previa uma educação permanente em serviço. Isso se faz necessário já que a formação profissional afeta profundamente a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários quanto ao reconhecimento do SUS (MACHADO; WANDERLEY, 2012).

Em Brasil (2005b) descreve que na ESF, a educação permanente em serviço constitui-se como um instrumento essencial, pois desenvolve conhecimentos e atitudes, dando subsídios para que eles possam entender e atender às necessidades de saúde da população, de resolutividade, de organização dos serviços e de transformação da realidade.

Como as equipes da ESF apresentam desconhecimentos na área da saúde mental e dificuldades com relação à rede de atenção em saúde mental, considerando que as Equipes de Saúde da Família são a porta de entrada para a rede, além de ser o espaço ideal para a inclusão social e manutenção da cidadania, será realizada em Machado-MG uma educação em saúde das equipes de ESF para, com isso, resolver a dificuldade dos profissionais da equipe em lidar com os casos de saúde mental e drogas e, conseqüentemente, iniciar a organização da rede de atenção em saúde mental dentro das possibilidades existentes no município.

### 3. PROPOSTA DE AÇÃO

O público-alvo do estudo são os profissionais dos Estabelecimentos de Saúde pertencentes à rede de atenção em saúde mental às Unidades de Saúde da Família do município.

Serão realizadas oito oficinas para os estudos referentes à saúde mental, tendo como base a linha-guia Atenção em Saúde Mental do Estado de Minas Gerais. A primeira oficina será realizada na sala de reuniões da Secretaria Municipal de Saúde com o tema “Acolhimento em Saúde Mental”, sob responsabilidade da Coordenadora do CAPS. Nesta oficina será definido pelo grupo um assunto de relevância para discussão na oficina seguinte, assim como a equipe responsável por sua coordenação. Da mesma forma serão definidos - a cada oficina realizada - o assunto e a equipe responsável pela oficina subsequente, até que se complete a oitava oficina. Todos os assuntos serão discutidos em mesa redonda a realizar-se de 15 em 15 dias, em horário e local pré-determinados. Todos os participantes serão avisados por escrito sobre cada oficina a ser realizada. A Secretaria Municipal de Saúde ficará responsável por disponibilizar os recursos áudios-visuais e os locais de todas as atividades.

No nono encontro, que será 15 dias após a oitava oficina de saúde mental, a equipe do CAPS de Machado-MG - em conjunto com participantes dos outros estabelecimentos de saúde da rede de atenção em saúde mental - confeccionará um Fluxograma para o atendimento dos portadores de doença mental. Desta forma, na busca de um consenso entre os serviços, serão evitados transtornos para o paciente ao procurar atendimento em saúde mental. Este encontro será em horário e local pré-determinado e todos os participantes serão avisados por escrito.

#### 3.1 Cronograma

ETAPAS	SET.	OUT.	NOV.	DEZ.	JAN.	FEV.	MAR.
1º Oficina: Acolhimento em Saúde Mental	X						
2º Oficina em Saúde Mental	X						

3° Oficina em Saúde Mental		X					
4° Oficina em Saúde Mental		X					
5° Oficina em Saúde Mental			X				
6° Oficina em Saúde Mental			X				
7° Oficina em Saúde Mental				X			
8° Oficina em Saúde Mental				X			
Encontro para a criação do Fluxograma em Saúde Mental					X		
Atividades Educativas sobre Saúde Mental, nos PSF					X		
Avaliação da funcionalidade do fluxograma de atendimento em saúde mental, após experimentação nas unidades da rede e adequações.					X	X	X

### 3.2 Recursos financeiros e financiadores

Os recursos financeiros, materiais e humanos deste projeto serão financiados e disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde.

### 3.3 Acompanhamento e avaliação

A avaliação será realizada no decorrer da execução do projeto, em cada encontro, considerando os seguintes indicadores:

#### 3.3.1 Indicadores Quantitativos:

- O número de profissionais das Unidades de Saúde participantes das Oficinas e do encontro para a criação do fluxograma deverá corresponder ao mínimo

de 80%, sendo considerada ideal a participação de 100% destes profissionais;

### **3.3.2 Indicadores Qualitativos**

- Interesse dos profissionais pelos assuntos abordados nas oficinas;
- Qualidade das discussões no final de cada apresentação nas oficinas;
- Melhorias no atendimento do usuário da saúde mental;
- Qualidade e funcionamento adequado do fluxograma de atendimento confeccionado,

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A Estratégia de Saúde da Família é a porta de entrada na rede de atenção psicossocial. Além de ser o palco mais importante para o atendimento em saúde, já que trabalha diretamente com a população adscrita e a família.

Mas apresenta dificuldades para atender Portadores de distúrbio mentais e usuários de drogas, assim como também apresenta dificuldades em articular com a rede de atenção em saúde mental. Por isso, o plano de capacitar todos os profissionais que compõe a rede de atenção psicossocial é a melhor alternativa para resolver este problema.

Com o desenvolvimento deste plano de ação a equipe da Rede de Atenção Psicossocial melhorará os seus conhecimentos e conseqüentemente a qualidade do serviço prestado a população.



## 5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento das Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, 2004. 86 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Conferência regional de reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, 2005a. 56 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Documentos Preparatórios para a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Brasília, DF, 2005b.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. **Portaria GM/MS n.4279 de dezembro de 2010**. Dispõe sobre as Diretrizes para Organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS. Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)> Acesso em 14 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. **Portaria GM/MS n.3088 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>> Acesso em 14 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 10**, ano VII, n.10. Brasília: mar. 2012. 28p Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf>> Acesso em: 17 set. 2013

FRANCO, T.; MERHY, E. **PSF: contradições e novos desafios**. Campinas, mar. 1999. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm>>. Acesso em: 05 jul. 2010.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1994. 207p.

JUCA, V. J. S.; NUNES, M. O.; BARRETO, S. G. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. **Ciênc. saúde coletiva.**, v.14, n.1, p. 173-182, 2009.

L'ABBATE, S. Educação e serviços de saúde: avaliando a capacitação dos profissionais. **Caderno de Saúde Pública**, v.15, suppl.2, p. 15-27, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v15s2/1284.pdf>> Acesso em: 04 jun 2014.

LUCCHESI, R. et al. Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Caderno de Saúde Pública**. v. 25, n. 9, p. 2033-2042, 2009.

MACHADO, A. G. M.; WANDERLEY, L. C. S. **Educação em saúde**. Especialização em Saúde da Família UNASUS/UNIFESP, 2012. p. 67-71. Disponível em: <[http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/2/unidades\\_conteudos/unidade09/unidade09.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade09/unidade09.pdf)> Acesso em 04 jun 2014.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. Disponível em <[http://www.conass.org.br/pdf/Redes\\_de\\_Atencao.pdf](http://www.conass.org.br/pdf/Redes_de_Atencao.pdf) > Acesso em: 24 jun 2014

MILLANI, H. F. B.; VALENTE, M. L. L. C. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**. (Ed. port.), v. 4, n. 2, p.00-00, ago. 2008. Disponível em: <<http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/smad/v4n2/v4n2a09.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2010.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Mental**. Brasília, 2006. 238 p.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração Política da II Assembléia Mundial da ONU sobre o Envelhecimento, Madri, 2002. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 26, n. 26, p. 539-541, out/dez. 2002.

PAIM, J.S. Saúde da família: espaço de reflexão e contra-hegemonia. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v.5, n.9, p.143-146, 2001.

PAULINO, V. C. P.; SOUZA, P. R.; BORGES, C. J. Contribuições da educação permanente em serviço no contexto da estratégia de saúde da família. **Revista eletrônica do curso de pedagogia do campus Jataí – UFG**, v. 2, n. 9, 2010. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/index.php/ritref/article/download/20365/11855>> Acesso em: 27 jun 2014.

PINI, J.S; WAIDMAN, M.A.P. Fatores interferentes nas ações da equipe da Estratégia Saúde da Família ao portador de transtorno mental. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v.46, n.2, p. 372-379, 2012.

PORCUS, M. et al. Prevalência dos transtornos mentais em pacientes atendidos no ambulatório da residência médica de psiquiatria da universidade estadual de Maringá. **Acta Sci. Health Sci.**, v.29, n.2, p. 145-149, 2007.

QUINDERE, P.H.D. et al. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. v.18, n.7, p. 2157-2166, 2013.

ROSA, W. A. G; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005.

TERRA, M. G et al. Saúde mental: do velho ao novo paradigma - uma reflexão. **Escola Anna Nery**, v.10, n.4, p.711-717, dez. 2006.

## APÊNDICE I

### Diagnóstico Situacional do PSF Santuário

#### 1 INTRODUÇÃO

O PSF Santuário é uma unidade de PSF inaugurada em setembro de 2011, no município de Machado - MG. A unidade atende aos bairros Vila do Céu (onde é situada), Jardim Bela Vista, São Geraldo, Primavera I, Bom Recanto e parte da Rua Ricardo Annoni Filho. Os bairros foram divididos em cinco microáreas para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde.

A população adscrita chega, aproximadamente, a 2.600 pessoas em 678 famílias, é uma comunidade próxima ao centro da cidade, que foi construída em terreno montanhoso, muitas vezes com divisões pouco delimitadas, o que tornou o cadastramento e o atual acompanhamento das famílias, assim como confecção do mapa inteligente tarefas complexas, já que existem várias casas no mesmo terreno, muitas vielas, ruas sem saída e casas de difícil acesso.

Os bairros Primavera I, Bom Recanto e São Geraldo ficam geograficamente distantes da unidade de PSF e para freqüentar a unidade a população que lá reside precisa percorrer região montanhosa, o que faz com que alguns usuários procurem outras unidades de saúde que apresentam acesso em ruas planas como o CESAN (Centro de Saúde Aprígio Nogueira).

A comunidade não tem formas de organização, como associação de bairros ou conselho local de saúde, não existe escola, creche ou empresas na área. Porém existe tudo isso em local próximo a área de abrangência. Também não há iniciativas de trabalho com a comunidade através de ONGs ou igrejas.

A equipe é formada pelo médico, enfermeira, 2 técnico de enfermagem, 5 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), auxiliar de serviços gerais e recepcionista.

As tabelas e quadros seguintes sintetizam os dados coletados referentes a seis meses de funcionamento da unidade para elaborar o diagnóstico situacional do PSF Santuário. Os dados foram conseguidos a partir de bases de dados secundárias, como o SIAB, entrevista com informantes-chave e observação ativa. A realização do diagnóstico foi realizada pela equipe da unidade e grupo de apoio, composta por duas enfermeiras.

## 2 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Tabela 1 - População segundo a faixa etária na área de abrangência da equipe de saúde da família Santuário, de novembro de 2011 a abril de 2012.

Faixa Etária	Nov.		Dez.		Jan.		Fev.		Mar.		Abr.	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Menor de 1 ano	25	1,25	27	1,33	25	1,21	23	1,11	23	1,10	28	1,32
1 a 4 anos	82	4,11	83	4,09	87	4,24	88	4,26	88	4,23	95	4,47
5 a 9 anos	104	5,22	106	5,23	111	5,41	111	5,38	114	5,48	116	5,46
10 a 14 anos	156	7,83	159	7,85	160	7,80	161	7,80	162	7,79	165	7,77
15 a 19 anos	174	8,73	174	8,59	175	8,53	175	8,48	179	8,61	183	8,62
20 a 49 anos	918	46,08	929	45,87	935	45,60	940	45,56	945	45,47	952	44,88
50 a 59 anos	288	14,45	295	14,56	298	14,53	302	14,63	303	14,58	310	14,61
60 anos e +	245	12,29	252	12,44	259	12,63	263	12,74	264	12,70	272	12,82
Total	1992		2025		2050		2063		2078		2121	

Fonte SIAB

Tabela 2 - População segundo a faixa etária na área de abrangência da equipe de saúde da família Santuário, abril de 2012.

Faixa etária	Masculino		Feminino	
	Número	%	Número	%
Menor de 1 ano	13	1,30	15	1,33
1 a 4 anos	41	4,10	43	3,82
5 a 9 anos	57	5,71	65	5,78
10 a 14 anos	89	8,91	76	6,76
15 a 19 anos	88	8,81	99	8,81
20 a 49 anos	432	43,28	512	45,59
50 a 59 anos	155	15,53	164	14,60
60 anos e +	123	12,32	149	13,26
Total	998		1123	

Fonte SIAB

Tabela 3 - População segundo a faixa etária de abrangência da equipe de saúde da família Santuário segundo a microárea, 2012.

Faixa etária	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 4	Micro 5
Menor de 1 ano	7	5	5	4	7
1 a 4 anos	17	12	11	12	32
5 a 9 anos	18	29	26	17	32
10 a 14 anos	40	38	31	26	30
15 a 19 anos	57	26	30	35	36
20 a 49 anos	195	190	176	173	209
50 a 59 anos	66	45	75	60	64
60 anos e +	68	23	53	56	72
Total	468	368	408	383	482

Fonte SIAB

### 3 ASPECTOS AMBIENTAIS

Tabela 4 -.Famílias cobertas por abastecimento de água segundo a modalidade e microárea, no ano de 2012.

Modalidade	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 4	Micro 5
Rede geral	109	149	135	137	148
Poço ou nascente	0	0	0	0	0
Total de famílias	109	149	135	137	148

Fonte SIAB

Tabela 5 - Famílias cobertas por instalações sanitárias segundo a modalidade e microárea, no ano de 2012

Modalidade	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 4	Micro 5
Rede geral de esgoto	149	109	135	137	148
Fossa séptica	0	0	0	0	0
Fossa rudimentar	0	0	0	0	0
Sem instalação sanitária	0	0	0	0	0
Total	149	109	135	137	148

Fonte SIAB

Tabela 6 - Destino do lixo segundo a modalidade e microárea, no ano de 2012

Modalidade	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 4	Micro 5
Coleta pública	149	109	135	137	148
Queimado/enterrado	0	0	0	0	0
Céu aberto	0	0	0	0	0
Total	149	109	135	137	148

Fonte SIAB

#### 4 ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS

Tabela 7 - Atividades da população com mais de 10 anos de idade, área de abrangência da equipe de saúde da família Santuário, 2012

População de 10 a 14 anos	165
10 a 14 anos trabalhando	03
Maiores de 14 anos estudantes	196
Maiores de 14 anos empregados com carteira assinada	657
Maiores de 14 anos empregados na economia informal	25
Maiores de 14 anos autônomos	229
Desempregados	206
Aposentados	236
Outras situações	93

Fonte SIAB e entrevista com a população

#### 5 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Tabela 8 - Hospitalizações

Taxa de hospitalização por 1000 habitantes na área de abrangência da equipe de saúde da família Santuário, de novembro de 2011 a abril de 2012						
	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.
Número de hospitalizações	3	10	07	09	07	07
Taxa de	1,5	4,93	3,41	4,36	3,36	3,30

hospitalização						
Hospitalização por grande grupo de causas da cid-10 na área de abrangência da equipe de saúde da família Santuário, 2012						
Grande grupo de causas cid-10	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.
Gravidez, parto e puerpério	0	06	07	08	04	04
Doenças do aparelho respiratório	0	0	0	0	0	0
Lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas	0	0	0	0	0	0
Neoplasias (tumores)	0	0	0	0	0	0
Demais causas	03	04		01	03	03
<b>Total</b>	<b>03</b>	<b>10</b>	<b>07</b>	<b>09</b>	<b>07</b>	<b>07</b>

Fonte SIAB

Tabela 9 - Morbidade referida

Morbidade referida segundo a microárea na área de abrangência da equipe de saúde da família Santuário, 2012.						
Morbidade referida	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 4	Micro 5	Total
Alcoolismo	01	02	0	01	01	05
Doença de chagas	0	02	0	0	0	02
Deficiência	01	01	04	02	01	09
Epilepsia	0	04	0	0	02	06
Diabetes	12	14	20	17	19	82
Hipertensão arterial	86	60	70	93	61	370
Tuberculose	0	0	0	0	0	0
Hanseníase	0	0	0	0	0	0

Fonte SIAB

## 6 OUTROS PROBLEMAS IDENTIFICADOS

### a. Doenças de notificação compulsória – casos notificados

Entre novembro de 2011 e abril de 2012 foram realizadas as seguintes notificações:

- 06 notificações de Dengue, sendo 04 casos confirmados.



- 05 notificações de diarreia, sendo todos os casos tratados em domicílio.

Tabela 10 - Mortalidade

Mortalidade proporcional por faixa etária, na área de abrangência da equipe de saúde da família Santuário, de novembro de 2011 a abril de 2012						
Mês do óbito	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.
< 1	0	0	0	0	0	0
1 a 4 anos	0	0	0	0	0	0
5 a 14 anos	0	0	0	0	0	0
15 a 49 anos	0	0	0	01	0	0
50 anos e mais	0	0	0	03	02	02
Total	0	0	0	04	02	02
Índice de Swaroop e Uemura	0	0	0	75%	100%	100%

Fonte SIAB

Tabela 11 - Óbitos de residentes segundo a microrregião na área de abrangência da equipe de saúde da família Santuário, 2012

Óbitos de residentes segundo a microrregião na área de abrangência da equipe de saúde da família Santuário de Novembro de 2011 a Abril de 2012.	
Equipe Santuário	NOV 2011 A ABRIL 2012
Microárea 1	02
Microárea 2	0
Microárea 3	02
Microárea 4	02
Microárea 5	02

Óbitos de residentes segundo a microrregião na área de abrangência da equipe de saúde da família Santuário de Novembro de 2011 a Abril de 2012.	
Grupo de causas CID-10	
Doenças do aparelho circulatório	02
Neoplasias	00
Doenças do aparelho respiratório	00
Causas externas de morbidade e mortalidade	02
Demais causas	04
Total	08

Fonte SIAB

## 7 INDICADORES DE COBERTURA

Tabela 11 – Indicadores de cobertura

Acompanhamento de alguns indicadores na área de abrangência da equipe de saúde da família Santuário, de novembro de 2011 a abril de 2012						
Indicador	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.
Nº de recém-nascidos	1	1	5	2	0	6
% de RNs pesados	1	1	5	2	0	6
% de RN peso < 2.500g	0	0	0	0	0	0
% de aleitamento exclusivo em crianças < de 4 meses	2	5	8	7	5	11
% de < de 1 ano com vacina em dia	7	20	20	19	18	24
% de < de 1 ano desnutridas	0	0	0	0	0	0
Nº médio de gestantes cadastradas	7	18	14	19	19	17
% gestantes < de 20 anos	1	3	3	2	3	3
% gestantes acompanhadas	6	15	14	20	20	16
% gestantes vacinadas	6	15	14	20	20	16
% consultas no 1º trimestre	4	14	13	17	17	16

Fonte SIAB

## 8 PRODUÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE

Tabela 12 – Produção da equipe: Consultas

Consultas médicas pela equipe de saúde da família Santuário, de novembro de 2011 a abril de 2012						
Indicador	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.
Total de consultas médicas	202	279	273	472	244	227

Fonte SIAB

Média mensal: 282, 83

Tabela 13 – Produção da equipe: Atendimentos

Atendimento aos programas pela equipe de saúde da família Santuário, de novembro de 2011 a abril de 2012						
Indicador	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.
Puericultura	11	6	11	25	16	9
Pré-natal	5	0	3	4	1	3
Prevenção do câncer cévico-uterino	21	29	41	55	14	41
Diabetes	17	35	27	155	121	34
Hipertensão	75	95	79	426	338	88
Hanseníase	0	0	0	0	0	0
Tuberculose	0	0	0	0	0	0

Fonte SIAB

Tabela 14 - Encaminhamentos

Acompanhamento de alguns indicadores da equipe de saúde da família Santuário, de novembro de 2011 a abril de 2012						
Indicadores	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.
Total de encaminhamentos	5	32	42	88	30	58
Relação encaminhamentos/consultas						
Para atendimento especializado	4	28	42	87	30	57
Para internações hospitalares	0	2	0	0	0	0
Para urgência/emergência	1	2	0	1	0	1
Total de exames solicitados	110	219	135	402	353	484

Acompanhamento de alguns indicadores da equipe de saúde da família Santuário, de novembro de 2011 a abril de 2012						
Indicadores	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.
Relação exames/consultas médicas	0,50	0,78	0,49	0,85	0,74	2,13
Relação exames/consultas médicas e de enfermagem	0,47	0,62	0,39	0,51	0,90	1,22
Patologia clínica	97	108	92	391	348	478
Radiodiagnóstico	2	14	3	10	4	6
Exames citocervico-vaginal	4	2	0	1	1	0
Ultrassonografia obstétrica	7	1	0	0	0	0
Outros exames	0	94	40	0	0	0

Fonte SIAB

Tabela 15 – Consultas médicas x faixa etária

Consultas médicas segundo a faixa etária, da equipe de saúde da família Santuário, de novembro de 2011 a abril de 2012						
Faixa etária	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.
Menor de 1 ano	6	2	7	12	9	3
1 a 4 anos	11	6	6	16	5	11
5 a 9 anos	7	22	15	26	10	16
10 a 14 anos	4	14	9	20	11	9
15 a 19 anos	7	13	16	18	9	9
20 a 39 anos	41	52	64	78	49	29
40 a 49 anos	25	55	50	63	28	35
50 a 59 anos	35	46	44	93	49	44
60 anos e +	66	69	62	144	74	70
Total de consultas	202	279	273	470	244	227

Fonte SIAB

Tabela 16 - Procedimentos

Procedimentos realizados pela equipe de saúde da família Santuário, de novembro de 2011 a abril de 2012						
Procedimento	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.
Atendimentos individuais da enfermeira	30	69	72	312	144	168
Consultas médicas	202	279	273	470	244	227
Consultas médicas e de enfermagem	232	348	345	782	388	395
Curativos	15	103	58	75	38	37
Inalações	2	4	0	7	4	3
Injeções	2	15	8	31	18	13
Retirada de pontos	0	1	1	3	3	0
TRO	0	0	0	0	0	0
Grupo de educação saúde	0	0	0	1	1	0
Nº de reuniões	3	5	6	8	2	3

Fonte SIAB

Tabela 17 – Visitas domiciliares

Visitas domiciliares realizadas pela equipe de saúde da família Santuário, de novembro de 2011 a abril de 2012						
Visitas domiciliares	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.
Visitas domiciliares do médico	2	0	3	5	5	0
Visitas domiciliares da enfermeira	15	46	22	52	26	26
Visitas profissionais de nível médio	14	21	27	261	84	177
Visitas do ACS	581	623	614	1053	376	436
Total de visitas domiciliares	612	690	666	1371	491	639

Fonte SIAB

- Média mensal de visitas domiciliares: 744,80

## 9 RECURSOS DE SAÚDE

O PSF Santuário foi inaugurado em setembro de 2011, fica situado próximo ao centro da cidade, em casa alugada e adaptada enquanto aguarda a finalização da construção da unidade que abrigará duas Equipes de Saúde da Família com término previsto para julho deste ano.

Como o local é adaptado, foram utilizadas algumas divisórias para formar salas, o que faz com que a acústica local fique prejudicada, assim como a iluminação e ventilação. Apesar disso, o local é amplo, o espaço físico foi bem aproveitado e atende a população de aproximadamente 2.600 pessoas. Houve uma grande reforma antes da instalação do PSF com pintura, construção de banheiros, identificação externa e interna da unidade.

Todos os materiais e equipamentos utilizados na unidade são novos, existe área ampla para recepção, com aproximadamente 60 assentos, o que gera satisfação e humanização no atendimento.

Não existe sala para reuniões ou educação para a comunidade, porém as salas são localizadas lateralmente deixando um amplo espaço no centro da unidade, onde é utilizado para este fim.

A equipe tem dificuldades com a referência para os demais níveis assistenciais. A contrarreferência também deixa muito a desejar. Porém, desde o mês de março de 2012, o município de Machado trabalha como Gestão Plena, o que confere maior liberdade para administração dos recursos e desde então a maior prioridade é a organização das redes de atenção a saúde.

## 10 SÍNTESE DAS ENTREVISTAS COM INFORMANTES-CHAVE

Tabela 18 – Entrevista com a população

<b>Informantes-Chave</b>	<b>Problemas</b>	<b>Sugestões</b>
<b>Margarida Oliveira, reside no Bairro Vila do Céu.</b>	Regina refere que na Rua Joaquim Pio existem alguns terrenos baldios, que servem de depósito de lixo e mato. Com o tempo seco ocorrem queimadas e em conseqüência muitas pessoas do bairro sofrem com problemas respiratórios.	Solicitar a Prefeitura Municipal que limpe os terrenos ou que notifique os proprietários. Plantar árvores nesses terrenos.
<b>Regina moradora do Bairro Bela Vista</b>	<b>Begali,</b> Encaminhamentos para exames ou consultas com especialistas demoram muito a marcar.	Aumentar cotas de exames e contratar mais médicos especialistas.
<b>Camila moradora do Bairro Bela Vista</b>	<b>Lopes,</b> Ocorre muito tráfico de drogas entre os jovens da comunidade; Falta de opção de lazer e emprego para as famílias.	Aumentar ronda policial para inibir o tráfico de drogas; Solicitar a Prefeitura que busque parcerias para ofertar à comunidade cursos profissionalizantes gratuitos e mais empregos.
<b>Maria Rodrigues, moradora</b>	<b>Conceição</b> Relata que o PSF fica em local de difícil	Mudar a unidade do PSF Santuário para

**do Bairro São Geraldo.** acesso para seu bairro, local plano de fácil pois Machado é uma acesso. cidade muito montanhosa e para chegar até o PSF Santuário existem grandes morros, o que dificulta o acesso de quem não possui carros.

<p><b>Rosa Helena da Silva, moradora do Bairro Primavera I</b></p>	<p>Pontos de drogas; Terrenos sujos.</p>	<p>Oferecer opções de ocupação para jovens; Construir quadras para prática de esportes; Limpeza de terrenos.</p>
--	--	--

## 11 OBSERVAÇÃO ATIVA

Principais pontos observados

- Aglomerado de famílias no mesmo terreno;
- Área muito montanhosa o que dificulta o acesso dos usuários e o trabalho da equipe;
- Tráfico de drogas;
- Não há organização da comunidade em associações, conselhos de saúde;



## 12 PRINCIPAIS PROBLEMAS IDENTIFICADOS

- Tráfico de drogas;
- Falta de opção de lazer para a comunidade;
- Desemprego;
- Risco cardiovascular aumentado;
- Proliferação de *Aedes aegypti* e surto de Dengue.