

JULIANA GUEDES MANDARINO

**A REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO DISTRITO SANITÁRIO
RESSACA, MUNICÍPIO DE CONTAGEM, MINAS GERAIS: RETRATO ATUAL**

Belo Horizonte
Escola de Enfermagem da UFMG
2009

JULIANA GUEDES MANDARINO

**A REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO DISTRITO SANITÁRIO
RESSACA, MUNICÍPIO DE CONTAGEM, MINAS GERAIS: RETRATO ATUAL**

Monografia apresentada Curso de Especialização em Saúde da Família, Núcleo de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de especialista em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Enfermagem na Atenção Básica

Orientadora: Profa. Dra. Paula Cambraia de Mendonça Vianna

Belo Horizonte
Escola de Enfermagem da UFMG

2009

AGRADECIMENTOS

À Profª Drª Paula Cambraia de Mendonça Vianna, minha orientadora, pelo incentivo, carinho, atenção, paciência, disponibilidade e amizade.

À Equipe de Saúde da Família Campina Verde – 49, pelo apoio e compreensão.

À Sara Gandra, pelo apoio fundamental para realização deste trabalho e, também, pela amizade e companheirismo.

Aos meus pais, Haroldo e Vania, pelo porto seguro, incentivo, paciência e compreensão de sempre.

Ao Luciano, pelo incentivo e compreensão.

RESUMO

O presente trabalho propõe a descrição da Rede de Atenção em Saúde Mental no Distrito Sanitário Ressaca, município de Contagem – Minas Gerais. Buscou-se realizar um paralelo entre a realidade do Distrito Sanitário Ressaca e o projeto nacional de Saúde Mental com seus pressupostos teóricos e jurídicos. Foram identificados os avanços alcançados, os nós críticos que dificultam o processo e sugeridas ações que contribuam para maior integração dos serviços, sistematização da educação em serviço e melhoria da qualidade da assistência prestada ao portador de sofrimento mental e sua família. Sendo assim, com a realização deste estudo, pretende-se contribuir para a consolidação da Reforma Psiquiátrica no Distrito Sanitário Ressaca/Contagem-MG.

Palavras-chave: Atenção à Saúde; Promoção da Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	6
2	OBJETIVOS	8
3	METODOLOGIA.....	9
4	DESENVOLVIMENTO.....	10
4.1	O MUNICÍPIO DE CONTAGEM E A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL.....	15
4.1.1	O DISTRITO SANITÁRIO RESSACA	18
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
	REFERÊNCIAS.....	24

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde... A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006, p. 12)

O governo federal tem realizado um amplo investimento na Atenção Básica (AB) de Saúde nos últimos anos, especialmente a partir de 1994, com a implantação e expansão da estratégia de Saúde da Família, objetivando a reorganização da saúde brasileira centrada na AB.

Aliás, organização da AB, com base na lei nº 8080, tem como fundamentos os princípios do Sistema único de Saúde (SUS): saúde como direito, integralidade da assistência, universalidade, equidade, resolutividade, intersetorialidade, humanização do atendimento e participação popular.

Então, a estratégia de Saúde da Família, iniciada com a incorporação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas Unidades Básicas e, posteriormente, com a implantação das equipes mínimas de saúde da família (ESF), é inovadora e contribui para que as responsabilidades e atribuições da AB sejam alcançadas, além de contribuir para o reordenamento dos outros níveis de complexidade do sistema de saúde.

É importante mencionar que as ESF atuam no âmbito da vida das pessoas, famílias e nas suas relações com a comunidade e com o meio ambiente. Devem assistir, portanto, a comunidade adscrita em todo seu ciclo vital, englobando todas as atividades voltadas à saúde da criança, adolescente, mulher, adulto e idoso, além dos programas de controle de doenças crônico-degenerativas, saúde mental, doenças transmissíveis, entre outros.

Em relação à regulamentação da Atenção em Saúde Mental, em abril de 2001, foi aprovada a Lei Federal 10.216/01, que dispõe sobre a proteção e os

direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental. Esta regulamentação prevê a reestruturação da assistência psiquiátrica brasileira com a substituição progressiva dos manicômios por novos dispositivos de tratamento e acolhimento na comunidade. Nesse sentido, segundo Vianna (2002), romper com a condição de mando, de anulação do sujeito, de obediência cega à instituição, de inferioridade é o que a Reforma Psiquiátrica atual propõe. Busca-se construir um novo pacto social, uma nova ética que eleve o indivíduo à condição de sujeito, criando mecanismos que viabilizem o seu retorno à vida pública.

Essa rede de atenção em Saúde Mental compõe-se de ações e de serviços diversos e é ordenada a partir de um Projeto de Saúde Mental nacional que atenda as diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

Cotidianamente, as ESF se deparam com pessoas e famílias com história de sofrimento mental. Este fato pode ser identificado no acolhimento diário, nas visitas domiciliares, nas consultas individuais ou ações coletivas e ser comprovado pelas informações da ficha A (Ficha de Cadastro Familiar) do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB). Inclusive, segundo dados do Ministério da Saúde (2009), 3% da população geral sofre com transtornos mentais severos e persistentes; mais de 6% da população apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas; 12% da população necessita de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual, e 2,3% do orçamento anual do SUS é destinado para a área da Saúde Mental (BRASIL, 2009).

É importante ressaltar que a proponente deste estudo trabalha no distrito sanitário Ressaca, desde a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), em setembro de 1999, e a assistência em saúde mental é identificada como um nó crítico para a equipe de saúde da família pelas dificuldades pessoais e, sobretudo, pela organização dos serviços de saúde mental no município. Por essas razões, optou-se pela realização deste estudo descritivo da rede de atenção de saúde mental no Distrito Sanitário Ressaca com vistas à compreensão e avaliação da nossa realidade, propondo, assim, ações que contribuam para o avanço e consolidação de uma rede de saúde integrada, humanizada e resolutiva.

2 OBJETIVOS

A partir do referencial teórico e do exposto anteriormente, este trabalho pretende atingir os seguintes objetivos:

- descrever a rede de atenção em saúde mental no Distrito Sanitário (DS) Ressaca, no município de Contagem – MG;
- propor ações e estratégias para reorganização da rede de saúde mental no Distrito Sanitário Ressaca, município de Contagem/MG em conformidade com o projeto nacional de Atenção em Saúde Mental.

3 METODOLOGIA

Trata-se um estudo descritivo que busca delinear um retrato da configuração da rede de atenção em saúde mental no Distrito Sanitário Ressaca, município de Contagem, em Minas Gerais.

Para tanto, buscou-se realizar uma revisão teórica sobre o projeto brasileiro de organização da Rede de Atenção em Saúde Mental para traçar um paralelo entre o preconizado pelo Ministério da Saúde e a realidade do DS Ressaca. Essa revisão, de grande importância para este estudo, foi fundamentada por pesquisas encontradas em publicações oficiais do Ministério da Saúde (MS), Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) e, ainda, pesquisa por artigos, teses e dissertações através da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e do *Google Acadêmico*.

Caracteriza-se o município e o distrito por meio de fontes históricas e dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A rede de atenção básica em saúde mental foi descrita a partir da realidade da autora que atua neste DS desde a implantação do PSF em 1999. Realizamos, ainda, investigação nos serviços municipais (Coordenação Municipal de SM, CAPS, CAPSi, Residências Terapêuticas e Centro de Convivência) e visita técnica nas Unidades de Referência em Saúde da Família.

4 DESENVOLVIMENTO

A atual política do Ministério da Saúde para a área da saúde mental prevê “a implantação de uma rede integrada, de base comunitária, com ofertas complexas de atenção médico-social, sob a diretriz da reabilitação psicossocial” (DELGADO *et al.*, 2001, p. 10). Essa reabilitação psicossocial é entendida como uma exigência ética, “um processo de reconstrução, um exercício pleno de cidadania e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social” (SARACENO, 1996, p.16).

A rede de atenção em Saúde Mental compõe-se de ações e de serviços diversos: deve contar com ações de saúde mental na atenção básica (UBS, ESF e Ambulatórios de Referência para SF), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), leitos em Hospitais Gerais, Centros de Convivência. Deve funcionar de forma articulada, tendo os CAPS como serviços estratégicos na organização de sua porta de entrada e de sua regulação, utilizando os equipamentos de acordo com a clínica e a realidade de cada município.

Além disso, a organização da rede de atenção em SM dos municípios deve seguir os parâmetros propostos pelo Ministério da Saúde. Os CAPS podem ser de tipo I, II, III, Álcool e Drogas (CAPS AD) e Infanto-juvenil (CAPSi). De acordo com o Ministério da Saúde (2010), os parâmetros populacionais para a implantação destes serviços são definidos da seguinte forma:

- a) municípios até 20.000 habitantes - rede básica (UBS/USF) com ações de saúde mental;
- b) municípios entre 20 a 70.000 habitantes - CAPS I e rede básica com ações de saúde mental;
- c) municípios com mais de 70.000 a 200.000 habitantes - CAPS II, CAPS AD e rede básica com ações de saúde mental;
- d) 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.

Ressalta-se que a composição da rede deve ser definida seguindo estes parâmetros, mas, também, atendendo a realidade local.

Com relação ao CAPS, é importante destacar que possui um valor estratégico para a transformação do modelo e propõe a prestação de atendimento

clínico em regime de atenção diária, evitando, assim, as internações em hospitais psiquiátricos. Busca, também, a promoção da inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações intersetoriais; a regulação da porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação; e o suporte à atenção à saúde mental na rede básica. Os CAPS devem ser substitutivos e não complementares ao hospital psiquiátrico. Cabe a eles o acolhimento e atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, sobretudo em momentos de crise (BRASIL, 2005). A título de explicação, faremos, a seguir, um breve comentário a respeito dos tipos de CAPS existentes.

Os CAPS I são os Centros de Atenção Psicossocial de menor porte, capazes de oferecer uma resposta efetiva às demandas de saúde mental em municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes.

Os CAPS II são serviços de médio porte e dão cobertura a municípios com mais de 50.000 habitantes. Possuem uma equipe mínima de doze profissionais, entre profissionais de nível médio e nível superior, e capacidade para o acompanhamento de cerca de 360 pessoas por mês. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana.

Os CAPS III são os serviços de maior porte da rede CAPS, previstos para dar cobertura aos municípios com mais de 200.000 habitantes. São caracterizados como de grande complexidade, uma vez que funcionam durante 24 horas em todos os dias da semana e em feriados, com, no máximo, cinco leitos para pernoite de pessoas em crise (internações curtas de algumas horas ou, no máximo, sete dias) que se encontram, momentaneamente, impossibilitados de retornar à sua família e comunidade. A equipe mínima para estes serviços deve contar com 16 profissionais, entre os profissionais de nível médio e superior, além de equipe noturna e de final de semana. Os CAPS III têm, portanto, capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 450 pessoas por mês.

Os CAPSi, especializados no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais, são equipamentos geralmente necessários para dar resposta à demanda em saúde mental em municípios com mais de 200.000 habitantes. Estima-se que de 10% a 20% da população de crianças e adolescentes sofram de transtornos mentais. Desse total, de 3% a 4% necessitam de tratamento intensivo. Entre os males mais frequentes, estão a deficiência mental, o autismo, a psicose infantil, os transtornos de ansiedade. Funcionam durante os cinco dias úteis

da semana e têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 180 crianças e adolescentes por mês. A equipe mínima para estes serviços é de 11 profissionais de nível médio e superior.

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

Os Serviços de Residências Terapêuticas (STR) são locais de moradia, destinados a pessoas com transtornos mentais que permaneceram longo tempo em instituições psiquiátricas e perderam os seus vínculos sociais e familiares. Estes dispositivos, inseridos no âmbito do SUS, são centrais no processo de desinstitucionalização e reinserção social dos egressos dos hospitais psiquiátricos.

Os Centros de Convivência e Cultura são dispositivos públicos componentes da rede de atenção substitutiva em saúde mental, onde são oferecidos às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cidade.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF) integram a rede de cuidados em saúde mental e assumem a função de porta de entrada dos serviços de saúde para o portador de sofrimento mental e sua família.

As UBS ou USF devem assumir o acompanhamento daqueles portadores de sofrimento mental em que o grau de complexidade do problema apresentado e dos recursos necessários para o cuidado forem menores. Quando esse grau de complexidade extrapola as possibilidades dos profissionais não especializados, o caso deve ser encaminhado para Unidade de Referência em Saúde da Família (URSF ou NASF). A equipe de referência em Saúde Mental, então, deve priorizar os casos mais graves e complexos e manter um contato próximo e contínuo com as ESF.

Dessa maneira, USF necessitam de apoio técnico-assistencial para aprimoramento profissional, desenvolvimento e resolutividade, sendo o Núcleo de Apoio em Saúde da Família (NASF) responsável por desenvolver este trabalho através de apoio matricial. Nesse sentido, a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 04 de março de 2008, cria o NASF com objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolutividade, apoiando a inserção da estratégia SF na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da Atenção Básica. Devem ser compostos por equipes de diferentes áreas do conhecimento, que atuem em parceria com os profissionais das ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade destas e atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado. Conforme a Portaria GM nº 154, do Ministério da Saúde (2008) o NASF poderá ser classificado como NASF 1 ou 2, os quais são descritos a seguir.

O NASF 1 deverá ser composto por, no mínimo, cinco profissionais de nível superior não coincidentes, a seguir: médico acupunturista, assistente social, professor de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, médico homeopata, nutricionista, médico pediatra, psicólogo, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional. Este NASF deve realizar suas atividades vinculadas a, no mínimo, oito ESF e, no máximo, a vinte ESF.

O NASF 2 deverá ser composto por, no mínimo, três profissionais de nível superior não coincidentes, a seguir: assistente social, professor de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional. Somente os municípios que tenham densidade populacional abaixo de dez habitantes por quilômetro quadrado, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ano base 2007, poderão implantar o NASF 2.

A partir dessas composições, a equipe do NASF e as equipes da saúde da família deverão criar espaços de discussões para a gestão do cuidado. Neste contexto, é importante destacar que o NASF está dividido em nove áreas estratégicas, sendo elas: atividade física, práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança, do adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica.

A respeito do apoio matricial, sabe-se que constitui um arranjo organizacional que visa a outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, a equipe por ele responsável compartilha alguns casos com a equipe de saúde local.

Esse compartilhamento se produz em forma de co-responsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de caso, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos (BRASIL, 2003, p. 34)

Já as equipes de saúde mental de apoio à atenção básica, incorporam ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação. Além disso, as seguintes ações devem ser compartilhadas (BRASIL, 2003):

- a) 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;
- b) discutir casos identificados pelas equipes da atenção básica que necessitem de uma ampliação da clínica em relação às questões subjetivas;
- c) criar estratégias comuns para abordagem de problemas vinculados a violência, abuso de álcool e outras drogas, estratégias de redução de danos, etc. nos grupos de risco e nas populações em geral;
- d) evitar práticas que levem à psiquiatrização e medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana;
- e) fomentar ações que visem à difusão de uma cultura de assistência não manicomial, diminuindo o preconceito e a segregação com a loucura;
- f) 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, dentre outros);

- g) 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;
- h) adotar a estratégia de redução de danos nos grupos de maior vulnerabilidade, no manejo das situações envolvendo consumo de álcool e outras drogas. Avaliar a possibilidade de integração dos agentes redutores de dano a essa equipe de apoio matricial;
- i) trabalhar o vínculo com as famílias, tomando-a como parceira no tratamento e buscar constituir redes de apoio e integração.

À luz dessas considerações, pode-se observar que a reforma sanitária e psiquiátrica brasileira trazem os fundamentos teóricos que embasam a organização do Sistema Único de Saúde. Então, é fundamental identificar que a proposta de organização das redes de atenção em saúde, em especial a rede de saúde mental, tem como objetivo a efetiva mudança de paradigma.

4.1 O município de Contagem e a organização da atenção em saúde mental

O município de Contagem, foco do deste trabalho, tem sua fundação datada de 1716. Situa-se na região central do estado de Minas Gerais, fazendo limites geográficos com os municípios de Belo Horizonte, Betim, Ribeirão das Neves, Esmeraldas e Ibirité, com uma população estimada em 625.393 habitantes (IBGE, 2009). Tem sua economia baseada em indústrias, distribuição de hortifrutigranjeiros Centrais de Abastecimento de Minas Gerais (CeasaMinas) e comércio.

Na área de saúde, o município se divide em sete Distritos Sanitários (DS), a saber: Nacional, Ressaca, Sede, Petrolândia, Vargem das Flores, Industrial e Eldorado. No processo de municipalização dos serviços de saúde, alguns Distritos Sanitários mantiveram a rede básica tradicional e, em algumas áreas vulneráveis, houve a implantação do Programa de Saúde da Família. Nos DS Nacional, Ressaca, Petrolândia e Vargem das Flores, houve implantação das Equipes de Saúde da Família com 100% de cobertura, ou seja, a substituição completa da sua rede básica de saúde. Os DS Sede, Eldorado e Industrial apresentam ESF em áreas de maior

vulnerabilidade e Centros de Saúde tradicionais no restante da área, convivendo com duas realidades de atendimento diferentes.

O município possui um CAPS II, um CAPSi, um Centro de Convivência e dois Serviços Residenciais Terapêuticos que são referências para todo o município. O Hospital Galba Veloso e o Instituto Raul Soares situam-se no município de Belo Horizonte e são parceiros para os casos de urgência quando há necessidade de observação prolongada.

O CAPS II funciona de segunda à sexta-feira, no horário de 7 às 19 horas. Localiza-se na Rua Domingos Diniz Moreira, nº 12, no Bairro Camilo Alves, no DS Sede. Possui, atualmente, um Farmacêutico, dois Assistentes Sociais, dois Enfermeiros, três Psiquiatras, quatro Psicólogos e treze Técnicos de Enfermagem. A carga horária dos profissionais de nível superior é vinte horas semanais e dos profissionais de nível médio, trinta horas semanais. A área de abrangência comporta todo o município e são desenvolvidas as seguintes atividades: acolhimento, oficinas terapêuticas, consultas individuais, atividades em grupos e visitas domiciliares.

No entanto, há necessidade de implantação de outros CAPS II no município, de forma a facilitar o acesso da clientela e possibilitar a adequação do número de serviços à população. Prioritariamente, a autora deste estudo sugere a implantação de um CAPS III para que os preceitos da Reforma Psiquiátrica possam realmente ser atingidos. O fato de referenciar os pacientes para o Hospital Psiquiátrico para observação noturna ou para atendimento das crises que ocorrem nos finais de semana reforça a cultura do isolamento, segregação e dificultam a vinculação da família e do portador de sofrimento mental aos serviços (CAPS ou rede básica) de saúde do município.

Quanto ao CAPSi, foi possível verificar que funciona de segunda à sexta-feira, no horário de 8 às 17 horas. Localiza-se na Rua Jacarandá, nº 56, no Bairro Eldorado, no DS Eldorado. Possui, atualmente, um Enfermeiro, um Farmacêutico, dois Assistentes Sociais, dois Psiquiatras, um Terapeuta Ocupacional, três Psicólogos e sete Técnicos de Enfermagem. A carga horária dos profissionais de nível superior é vinte horas semanais e dos profissionais de nível médio, trinta horas semanais. A área de abrangência comporta todo o município e são desenvolvidas as seguintes atividades: acolhimento, oficinas terapêuticas, consultas individuais, atividades em grupos (módulos) e atividades extra-muros.

Discutindo, agora, sobre o atendimento infanto-juvenil em saúde mental, percebeu-se que se caracteriza como um desafio para o município. O atendimento destes casos na rede básica e CAPSi não absorve toda a demanda e se faz imperativo a ampliação da discussão desta questão e a formação de uma parceria entre a rede de saúde e educação, visto que a escola é uma importante fonte de demanda.

O Centro de Convivência Horizonte Aberto localiza-se na Rua Fernando Ferrari, nº 85, no Bairro Praia, DS Sede. Funciona de segunda a sexta-feira no horário de 8 às 17 horas.

A localização desse Centro de Convivência dificulta o acesso dos portadores de sofrimento mental de outros DS. Aliás, não há financiamento para locomoção entre os distritos, sendo seu custo e tempo de deslocamento os principais pontos negativos. A autora sugere, então, a ampliação dos Centros de Convivências de forma que haja um equipamento em cada distrito sanitário.

Outro aspecto importante diz respeito ao fato de que Contagem implantou dois Serviços Residenciais Terapêuticos em outubro e novembro de 2009 para acolhida de portadores de doença mental da antiga Clínica Nossa Senhora de Lourdes que ficava no Bairro do Sion, em Belo Horizonte, e que foi fechada neste período. As duas casas ficam localizadas no Bairro Eldorado e abrigam, atualmente, 11 pessoas, atingindo índice de desospitalização de 48%, conforme lista enviada pela SES-MG e segundo informação verbal da Coordenação de Saúde Mental do município.

A inexistência de CAPS III no município é o fator dificultador mais relevante na opinião da coordenadora das casas. Identificamos que, quando há uma crise em um dos moradores, a inexistência de serviço de saúde mental 24 horas no município causa transtornos administrativos e é visto como um dificultador para efetiva reforma.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e o Transporte Sanitário são responsáveis pelo transporte dos casos entre os serviços e atendimento das urgências, sendo que, nas urgências, os pacientes são encaminhados para a UAI, CAPS II ou Hospitais de Referência, conforme a orientação da regulação. Sabe-se que várias ocorrências policiais são realizadas em decorrência de surtos e que, nestes casos, a polícia faz o encaminhamento da

pessoa. Não há informações sobre a existência de fluxo pré-definido entre a Secretaria de Saúde e a Polícia Militar para estes casos.

As realidades da rede básica na atenção para os portadores de sofrimento psíquico são distintas nos DS. Descreve-se, portanto, o DS Ressaca, campo de atuação, desde a implantação do PSF.

4.1.1 O Distrito Sanitário Ressaca

A implantação das Equipes de Saúde da Família no DS Ressaca ocorreu em setembro de 1999 totalizando 100% de sua área de abrangência. Este fato representou um avanço importante para a região, pois ampliou significativamente o acesso da população aos serviços de saúde. Nesta época, um centro de saúde tradicional, CAIC-Laguna, passou a funcionar como Unidade de Referência em Saúde da Família, contando com enfermeiros, técnicos de enfermagem, médico pediatra, médico ginecologista, médico psiquiatra, psicólogos, fonoaudiólogo e assistentes sociais.

O DS Ressaca situa-se na região do CEASAMINAS, limítrofe com os municípios de Ribeirão das Neves e Belo Horizonte e DS Sede, Nacional e Eldorado. De acordo dados do IBGE (2009), em 2008 a população é 89.487 e pelo SIAB (2009), neste mesmo ano, a população é de 94.625. Optou-se por trabalhar com dado do Sistema de Informação de Atenção Básica, por este ser atualizado pelos ACS mensalmente. O consolidado do SIAB de fevereiro de 2010 mostra uma população de 96.161.

De acordo com o SIAB de dezembro de 2008, 94,98% dos indivíduos de sete a quatorze anos frequentam a escola e 92,70% da população acima de quinze anos está alfabetizada. Com relação às condições de moradia, 99,91% das casas são construídas de tijolo/adobe e 99,78% possuem energia elétrica. Quanto ao abastecimento de água, 99,31% das residências utilizam água da rede pública e 93,44% consomem água filtrada. O lixo doméstico é coletado pelo sistema de limpeza urbana em 98,31% das residências. No entanto, 1,69% do lixo ainda é queimado, enterrado ou jogado a 'céu aberto'. Em 93,07% das residências, existe

sistema de esgoto e 1,76% utilizam fossa, mas, em 5,18% das residências, o esgoto ainda é a 'cúcu aberto'.

O índice de Swaroop-Uemura, também conhecido por razão de mortalidade proporcional, indica a razão entre o número de óbitos de indivíduos a partir de cinquenta anos de idade e o total de óbitos de uma população. Esse índice serve como um indicador discriminatório do nível de vida do qual a saúde faz parte. Quanto maior o índice, melhores são as condições de vida dessa população. Em países desenvolvidos, essa razão é igual ou superior a 75% (Medronho, 2003).

No Distrito Ressaca, no ano de 2006, esse índice foi de 61,8%. Isso corresponde ao segundo nível de saúde, ou seja, países com certo desenvolvimento econômico e regular organização dos serviços de saúde (CONTAGEM, 2008).

Em relação às doenças referidas na ficha A do SIAB, o DS Ressaca apresenta os seguintes dados pelo consolidado de fevereiro de 2010: 0,48% de Alcoolismo; 0,12% de Doença de Chagas; 0,8% de Deficiência; 2,3% de Diabetes; 10,2% de Hipertensão Arterial; 0,02% de Hanseníase e Tuberculose. Não há registro sobre distúrbios mentais (DME) no consolidado. Nota-se por meio de pesquisa nas fichas A e pela informação dos ACS, que muitas pessoas não relatam terem problemas mentais e que muitos ACS têm dificuldade de identificá-los (principalmente os casos leves). Considerando a prevalência indicada pelo MS, pode-se estimar que, aproximadamente, 2.885 pessoas apresentem transtornos mentais severos e persistentes e cerca de 11.540 pessoas necessitem de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual.

A rede de saúde distrital conta com os seguintes equipamentos de saúde: uma Unidade de Atendimento Imediato (UAI) Ressaca; 22 Unidades de Saúde da Família (USF); uma Unidade de Referência para ESF (URSF); um Centro de Saúde no CEASAMINAS; um Centro de Consultas Especializadas Ressaca (referência municipal) e duas Farmácias Distritais.

No DS Ressaca, a porta de entrada para a atenção em saúde mental ocorre nas USF que, geralmente, acolhem todos os casos, assumindo os casos leves de sofrimento mental, acompanhando conjuntamente com a equipe de saúde mental da URSF os casos graves compensados e referenciando para esta, os casos graves de difícil controle ou que necessitam acompanhamento especializado. A ESM, quando necessário, encaminha os pacientes para controle no CAPS ou CAPSi.

As atividades voltadas para a saúde mental nas ESF são o acolhimento e as consultas médicas e de enfermagem. Não há qualquer atividade coletiva sistematizada voltada especificamente para a abordagem da SM, embora muitos destes clientes se encontrem inseridos em outros grupos, principalmente os de controle de Diabetes e Hipertensão Arterial. Considerando que existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, pode-se afirmar que grande parte dos problemas de saúde são também problemas mentais e por isso, é importante estar atento a esta realidade (BRASIL, 2005). Observa-se que, de uma forma geral, as ESF tem conhecimento dos seus usuários portadores de sofrimento mental e estes, geralmente, são acompanhados pela ESF (visita domiciliar multidisciplinar e consulta médica ou de enfermagem). Em muitos casos, a assistência consiste na visita domiciliar do ACS e na manutenção da medicação pelo médico da família. Geralmente, acolhe-se as questões de saúde mental e não se sabe o que fazer além de ouvi-las. Na maioria das vezes, analisa-se o discurso com bom senso e, em algumas situações, recorre-se à medicalização para “amenizar” o sofrimento.

Observamos, ainda, nesta investigação, que não há um padrão na organização do processo de trabalho das ESF no DS Ressaca, havendo significativa diversidade na abordagem da SM pelas equipes, muito relacionada, ao nosso olhar, ao perfil dos profissionais ou mesmo ao interesse/capacitação dos mesmos por este ramo do conhecimento.

Conforme descritos, os casos graves compensados são “acompanhados” conjuntamente pela ESF e pela equipe de saúde da URSF. Na maioria das vezes, enquanto o paciente está em acompanhamento individual com algum terapeuta da ESM, recebe visita domiciliar do ACS e manutenção da medicação pelo médico da família.

É válido registrar que a URSF do Ressaca é composta por um quadro específico da SM: um psiquiatra, um Terapeuta Ocupacional, dois Assistentes Sociais e quatro psicólogos. Ainda há profissionais de outras áreas que atuam na URSF, são eles: uma Fonoaudióloga, um Ginecologista, duas Enfermeiras, duas Pediatras, além da Equipe de Técnicos de Enfermagem. A área de abrangência é o DS Ressaca e realiza as seguintes atividades: acolhimento referenciado pelas USF, consultas individuais, atividades de grupo de familiares, oficinas terapêuticas, duas reuniões mensais da ESM e 1uma reunião mensal de matriciamento em cada ESF.

Esta equipe de saúde mental é responsável pela referência de 22 USF. Os técnicos de saúde mental da URSF se dividiram de maneira que cada ESF tenha três técnicos da ESM como referência. Ocorre, mensalmente, por aproximadamente 45 minutos à 1 hora, uma reunião na USF com os técnicos de referência: “a reunião de matriciamento”. Nesta reunião, são discutidos os casos em que as equipes têm dificuldades e aqueles que julgam necessitar de acolhimento pela SM da URSF. De fato, é um avanço, é uma tentativa de aproximação das ESF e ESM. As discussões são interessantes e, nesta oportunidade, a ESM define a aceitação ou não do caso e realiza orientações gerais. Aproveitando a oportunidade, questionamos se não seria mais produtivo o acolhimento destes casos em conjunto com esta equipe, abrir um momento para realização do acolhimento da pessoa e deixar que o caso se mostre com todas suas peculiaridades diante dos profissionais. Acreditamos que este seria um momento de educação em serviço. Entretanto, para isto se faz indispensável à adequação do quadro de pessoal (ESF incompletas e ESM) e revisão do tempo da reunião. Nesse contexto, inclusive, notamos a falta de tempo dos profissionais para uma abordagem técnica mais didática e identificamos que, algumas vezes, mesmo diante de uma necessidade técnica, o paciente não é absorvido pela ESM devido à impossibilidade deste serviço em fazer além do que esta sendo feito. O número reduzido de profissionais, principalmente da psiquiatria; a falta do psiquiatra na equipe de matriciamento, muito questionada pelos médicos da família que não tem a quem recorrer num caso de dúvidas em relação ao diagnóstico ou à prescrição de medicamentos ou dosagem; o tempo reservado ao matriciamento e as dificuldades administrativas para operacionalização das reuniões são nós críticos para o avanço da rede.

Foram identificadas algumas discordâncias em relação ao julgamento da ESF sobre a necessidade de avaliação especializada e o que a ESM decide acolher, fato que gera nas ESF uma sensação de desamparo, desmotivando a manutenção da própria reunião.

Considerando o matriciamento proposto para o NASF, percebemos, neste distrito, a tentativa de organização da rede básica distrital que enfrenta alguns dificultadores: (a) insuficiência de recursos humanos da equipe de saúde mental atual para o número de habitantes; (b) falta de capacitação e educação em serviço para as equipes de saúde da família; (c) insuficiência de recursos materiais para atividades terapêuticas; (d) dificuldade para operacionalização do matriciamento

(adequação de agendas e transporte); (e) a rotatividade dos profissionais, principalmente médicos e ACS ou mesmo a falta do profissional médico em várias equipes de saúde da família; (f) a dificuldade técnica para acompanhamento dos casos; (g) o desinteresse ou dificuldade pessoal para acompanhamento dos pacientes portadores de distúrbios mentais.

A ampliação da equipe mínima de saúde da família, incluindo outros profissionais como o assistente social, psicólogo e educador físico, entre outros, seria a forma ideal para a melhoria da qualidade da assistência básica, mas, enquanto isto não for viável, a efetiva implantação do NASF, com incentivo financeiro do MS, marcaria um salto na consolidação da rede básica de atenção em saúde mental neste DS.

Com base nessas observações, sugere-se prioritariamente, a ampliação da equipe mínima de saúde da família com inserção de um profissional “psi” e assistente social; a educação em serviço por meio de atendimento conjunto dos casos e discussão técnico-teórica dos casos em acompanhamento; promoção de formação sistemática e acompanhada para os profissionais de saúde da família para atendimento dos casos leves através de atividades terapêuticas grupais.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Reforma Sanitária e Psiquiátrica são processos sociais atuais e vivencia-se as dificuldades práticas para a sua consolidação. O cotidiano numa USF inserida na rede de atenção básica do DS Ressaca, no município de Contagem, Minas Gerais, mostra uma discrepância entre a prática e os pressupostos teóricos apontados. Entretanto, apesar de todos os fatores dificultadores, identificamos avanços no processo de organização da rede de assistência em saúde mental neste distrito.

Considera-se importante ressaltar que a ESF, em especial, médicos e enfermeiros, reconhecem as demandas durante o acolhimento, visitas e consultas e, diversas vezes, se perguntam: o que fazer com elas? Por esta razão, o cotidiano da clínica é inseguro em relação à ciência, visto que poucos se sentem formados para esta atuação e para o enfrentamento das questões subjetivas.

Diversos questionamentos surgiram durante a realização deste trabalho: Será que se está oferecendo o que deveria ser oferecido? Será que se está apenas medicalizando para amenizar o sofrimento e será esta a melhor conduta? Será que as equipes de referência em SM não deveriam direcionar, capacitar as equipes de saúde da família para uma assistência mais integral? Qual é a assistência a ser prestada às pessoas portadoras de “sofrimento mental leve”? Qual o papel dos especialistas em SM do SUS para estes casos leves? Qual o papel dos especialistas em SM do SUS no atendimento aos portadores de sofrimento mental?

Finaliza-se este trabalho, sugerindo a toda comunidade técnica a reflexão sobre estes questionamentos e ampliação deste estudo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental. Diário Oficial da União, Brasília, 9 abr. 2001. Seção 1, p. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental e Atenção Básica. **O vínculo e o diálogo necessários**. Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **O que é reforma psiquiátrica**. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33929 >. Acesso em: 10 nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

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. Brasília, 2004. 86 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Sistema de Informação a Atenção Básica. Departamento de informática do SUS (DATASUS). **Consolidado das famílias cadastradas do ano de 2010 da equipe ESF: Contagem**. [apresenta os indicadores demográficos e socio sanitários]. 22 fev. 2010, p. 26.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica_nacional_%20saude_nv.pdf >. Acesso em: 22 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.925, de 13 de novembro de 1998. Aprova o Manual para organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 17 nov. 1998.

CONTAGEM. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Perfil epidemiológico do distrito de Ressaca, Contagem 2008**. 32 p.

DELGADO, Pedro Gabriel *et al.* O Ministério da Saúde e a saúde mental no Brasil. In: **Cadernos de textos da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, 2001. p. 9-15. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/3conf_mental.pdf. >. Acesso em: 10 nov. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativas para 1º de julho de 2009**. Disponível em: < http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/POP2009_DOU.pdf >. Acesso em: 16 ago. 2009.

MEDRONHO, Roberto. **Epidemiologia**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2003. 493p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção em saúde mental**. Marta Elizabeth de Souza. Belo Horizonte, 2006. 238 p.

SARACENO, Benedito. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta, Ana (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 13-18.

VIANNA, Paula Cambraia de Mendonça. **A reforma psiquiátrica e as associações de familiares: unidade e oposição**. 2002. 214 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.