

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

**Curso de Especialização em Saúde da Família  
Projeto Veredas de Minas**

**SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE GUANHÃES:**

**“Um Novo Olhar”**

**Elaine de Lourdes Carneiro**

**Elaize Maria Gomes de Paula**

**Juliana Cláudia Leal Martins**

**Luíza Amélia Barbosa Simões**

**Mary Celeste de Miranda Soares**

**Neusa Aparecida Mendes Pereira**

**Rosimar Aparecida Moreira**

**Vânia Fernandes Rabelo**

**Itabira/ 2003**

S255 Saúde mental no município de Guanhães: “um novo olhar”/  
Elaine de Lourdes Carneiro. Belo Horizonte, 2003.  
52p.

Trabalho final apresentado à Escola de Enfermagem, à  
Faculdade de Medicina e à Faculdade de Odontologia da  
Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do

título

de Especialista em Saúde da Família, desenvolvido pelo

Projeto

Veredas de Minas.

1.Programa Saúde da Família 2 Saúde mental 3.Serviços  
comunitários de saúde mental/organização e administração  
4.Política de saúde 5.Relações familiares I.Carneiro, Elaine

de

Lourdes

NLM: WA 308

CDU: 614.2 : 616.89

**Elaine de Lourdes Carneiro**  
**Elaize Maria Gomes de Paula**  
**Juliana Cláudia Leal Martins**  
**Luíza Amélia Barbosa Simões**  
**Mary Celeste de Miranda Soares**  
**Neusa Aparecida Mendes Pereira**  
**Rosimar Aparecida Moreira**  
**Vânia Fernandes Rabelo**

**SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE GUANHÃES:**  
**“Um Novo Olhar”**

Trabalho Final apresentado à Escola de Enfermagem e às Faculdades de Medicina e Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção do título de especialista em Saúde da Família

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Cecília Maria Viana Camilo de Oliveira

**Itabira/ 2003**



**MINISTÉRIO DA SAÚDE –MS/BID/REFORSUS**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

*ESCOLA DE ENFERMAGEM – UFMG*

*FACULDADE DE MEDICINA – UFMG*

*FACULDADE DE ODONTOLOGIA- UFMG*

**Parcerias:**

Secretaria de Estado da Saúde – MG

Escola de Saúde Pública de Minas Gerais/ESP - MG

Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais

## **Universidade Federal de Minas Gerais**

Reitora: Prof<sup>a</sup>. Ana Lúcia de Almeida Gazzola

Vice-reitora: Prof. Marcos Borato Viana

Pró-Reitoria de Pós-Graduação: Prof<sup>a</sup>. Maria Sueli de Oliveira Pires

- Escola de Enfermagem  
Diretor: Prof. Francisco Carlos Félix Lana  
Vice-diretora: Prof<sup>a</sup>. Tânia Couto Machado Chianca
- Faculdade de Medicina  
Diretor: Prof. Geraldo Brasileiro Filho  
Vice-diretor: Prof. Joel Alves Lamounier
- Faculdade de Odontologia  
Diretor: Prof. Wellington Corrêa Jansen  
Vice-diretor: Wagner Rodrigues Santos

*Pólo de Capacitação Formação e Educação Permanente de Pessoal  
para Saúde da Família*

Coordenador: Prof. Carlos Aroldo Piancastelli

Subcoordenador: Prof<sup>a</sup>. Marília Rezende da Silveira

*Comissão Coordenadora do Curso de Especialização Saúde da Família*

Coordenador: Prof. Horácio Pereira de Faria

Subcoordenadora: Prof<sup>a</sup>. Sônia Maria Soares

- Representantes da Escola de Enfermagem
  - . Alda Martins Gonçalves
  - . Celina Camilo de Oliveira
  - . Sonia Maria Soares
- Representantes da Faculdade de Medicina
  - . Ari de Pinho Tavares
  - . Cláudia Regina Lindgren
  - . Geraldo Cunha Cury

## **Ministério da Saúde**

Ministro da Saúde: Humberto Costa

Secretário Executivo: José Gastão Wagner

Secretário Atenção à Saúde: Jorge José Pereira Solla

Secretário Gestão do Trabalho e Educação em Saúde: Maria Luiza Jeager

Departamento de Atenção Básica: Afra Suassuna Fernandes

## **Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais**

Secretário: Dr. Marcus Vinícius Pestana

Coordenadora Estadual do Programa Saúde da Família/ PACS:

Dr<sup>a</sup>. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo

## **Secretarias Municipais de Saúde**

Secretários de saúde dos municípios dos profissionais autores

Guanhães

Sr. Lúcio César Rodrigues de Moraes

## **Projeto Veredas de Minas**

Coordenadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Alda Martins Gonçalves

Subcoordenadora: Prof<sup>a</sup>. Celina Camilo de Oliveira

### ***Membros da Comissão Coordenadora***

Prof. Emanuel Vítor Guimarães

Prof. Geraldo Cunha Cury

Prof. João Henrique Lara do Amaral

Prof. José Lucas Magalhães Aleixo

Prof<sup>a</sup>. Rosa Marluce Góis de Andrade

Prof<sup>a</sup>. Sônia Maria Soares

## VII

### **Agradecimento**

Agradecemos o apoio da Prefeitura Municipal de Guanhães, ao Prefeito Dr. José Luiz Araújo, da Secretaria Municipal de Saúde de Guanhães, ao Secretário Municipal de Saúde Dr. Lúcio César Rodrigues de Moraes e todas as pessoas que contribuíram para a realização deste trabalho, em especial a Psicóloga da Secretaria Municipal de Saúde de Guanhães Helma Silveira.

## VIII

### **Epífase**

“... e cada instante é diferente, e cada homem é diferente e somos todos iguais”.

Carlos Drummond de Andrade

**Dedicatória**

Dedicamos este trabalho a todos os profissionais de Saúde envolvidos com a Reforma Psiquiátrica no Brasil e a todos os Pacientes Portadores de Doença Mental atendidos nas ESF de Guanhães.

## **Resumo**

# **SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE GUANHÃES “UM NOVO OLHAR”**

Carneiro, E.L; Paula, E.M.G; Martins, J.C. L; Simões, L.A.B; Soares, M.C. M; Pereira, N.A.M; Moreira, R. A; Rabelo, V. F. (alunos dos CESF/ Projeto Veredas de Minas).  
Oliveira, C.M.V.C. (orientadora).

Este trabalho procurou focar especificamente a política de Saúde Mental do município de Guanhães – MG incluindo as práticas assistenciais desenvolvidas neste. Foram estudadas as múltiplas determinações que permeiam a realidade do indivíduo portador de sofrimento mental com intuito de demonstrar a necessidade do indivíduo portador de sofrimento mental com intuito de demonstrar a necessidade de implantação de um serviço substitutivo de apoio à saúde mental no município de Guanhães. Foram consultadas produções bibliográficas sobre o tema, coletados dados no serviço de Psicologia da Secretaria Municipal de Saúde, analisados registros de atendimentos de “Doentes Mentais” PSF’s e das experiências vivenciadas no dia - a - dia das ESF’s. Objetivou-se, portanto, além de apontar a demanda em saúde mental no município, mostrar os benefícios da criação de um modelo assistencial coerente com o contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Dentre os resultados imediatos almejados destacam-se o envolvimento de toda a comunidade, a conquista de parcerias e a sensibilização do Gestor Municipal de Saúde para um “Novo Olhar” que aponta para o CAPS I, como sendo uma opção viável e necessária para estruturação e humanização da atenção ao portador de doença mental. Como resultados posteriores, mas em futuro próximo, aguardamos a implantação do CAPS I no município, com reflexos diversos, em especial sobre nossos usuários, que se sentirão menos “loucos” e mais produtivos, mais participativos, mais dignos e mais donos de voz e de direitos.

**SUMÁRIO**

1 – Introdução	13
2 – Objetivo	14
2.1 – Geral	14
2.2 – Específico	14
3 – Justificativa	15
4 – Metodologia	17
5 – Fundamentação Teórica	18
6 – Contextualização do Município	21
6.1 – Histórico do Município	21
6.2 – Dados Geo – Políticos	21
6.2.1 – População	21
6.2.2 – Atividades Econômicas	22
6.2.3 – Participação Política	22
6.2.4 – Condições Sanitárias	23
6.3 – Diagnóstico de Saúde	23
6.4 – Estrutura Organizacional da Secretaria Municipal de Saúde	24
6.5 – Estrutura dos Serviços de Saúde de Guanhães	24
6.5.1 – Hospital	24
6.5.2 – Centro de Saúde	25
6.5.3 – Programa de Saúde da Família	26
6.5.4 – Posto de Saúde	27
6.5.5 – Setor Privado	27
6.6 – Sistemas de Informações da Secretaria Municipal de Saúde	27
6.7 – Órgãos da Vigilância	28
6.7.1 – Vigilância Epidemiológica	28
6.7.2 – Vigilância Sanitária	29
6.7.3 – Vigilância Ambiental	29
6.7.4 – Vigilância da Saúde do Trabalhador	29
6.8 – Parcerias com a Saúde	30
6.9 – Mortalidade no Município de Guanhães	30
6.9.1 – Taxa de Mortalidade Infantil	30
6.9.2 – Taxa de Mortalidade Geral	31
6.9.3 – Taxa de Mortalidade proporcional	31
6.10 – Morbidade no Município de Guanhães	31
7 – Situação Problema	33
7.1 – Fundamentação Teórica	33
7.2 – Metas	42
7.3 – Parcerias	42
7.4 – Avaliação	42
8 – Considerações finais	43
9 – Referência Bibliográfica	44
10 – Cronograma	45

## XII

11 – Anexos	46
11.1 – Anexo 1	46
11.2 – Anexo 2	49
11.3 – Anexo 3	50
11.3 – Anexo 4	51
11.5 – Anexo 5	52

## **1 - Introdução:**

O campo da saúde mental vem passando por importantes transformações decorrentes das discussões travadas no meio acerca das práticas assistenciais terapêuticas, haja vista o predomínio do modelo asilar e medicamentosa que resulta em uma história de segregação e exclusão do louco.

No campo da saúde mental, o modelo de atenção psiquiátrica brasileira higemônico predominante se expressa na decadência e desumanização da assistência ao doente mental, a partir do seu confinamento na instituição asilar, negando-lhe o direito de cidadania, promovendo/ contribuindo para a cronificação do doente e para sua exclusão social.

O presente trabalho enfoca a política de saúde no município de Guanhões – MG, especificamente da política de saúde mental, cujo objeto são as práticas assistenciais desenvolvidas neste município que não se inserem no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O complexo processo de estruturação da atenção em saúde mental, em nosso município, não comunga com as propostas defendidas principalmente pelo movimento da reforma sanitária de redemocratização, universalidade, integralidade, descentralização, controle social. A Reforma Psiquiátrica tem como objetivo principal a busca de novas premissas teóricas, metodológicas e éticas da assistência psiquiátrica no Brasil hoje ainda centrado no hospital psiquiátrico.

A reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento em Saúde, regulamentada pela Lei nº 10.216, seis de abril de 2001, no quadro dos sistemas locais de saúde, permite promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais (Declaração de Caracas/ Nov. 1990). No período de 1991 e 1992, o Ministério da Saúde instituiu portarias estabelecendo remuneração e normas de atendimento para os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que prestam cuidado intermediário entre o nível ambulatorial e a internação hospitalar, cuja proposta básica de trabalho, realizada por uma equipe multiprofissional, está voltada para o tratamento de psicóticos, drogaditos e alcoolistas, historicamente excluídos das ações e atividades desenvolvidas pela maioria dos serviços de saúde pública no (BRASIL, 2001).

Procuramos focar o modelo assistencial no universo da saúde mental em nosso município, buscando as múltiplas determinações que permeiam a realidade do indivíduo portador de um sofrimento mental. Nas contradições entre saúde/ doença encontramos as representações sociais acerca da “loucura” e uma atenção fragmentada, que nos desafiaram a procurar um novo modelo assistencial para o doente mental.

O principal aspecto motivador para a realização deste trabalho decorre do nosso compromisso, como profissionais de saúde e cidadãos, com a implementação da Reforma Psiquiátrica em Guanhões. Consideramos que são direitos da pessoa portadora de transtorno mental, ter acesso a um tratamento de qualidade, no que atenda às suas necessidades e vise alcançar sua reabilitação psicossocial na família, no trabalho e na comunidade.

## **2 – Objetivo:**

### **2.1 - Objetivo Geral**

Demonstrar a necessidade de implantação de um serviço substitutivo de apoio à Saúde Mental no município de Guanhães.

### **2.2 – Objetivos Específicos**

- Apontar a demanda em saúde mental no município.
- Mostrar os benefícios da criação de um serviço substitutivo de apoio à saúde mental no município.
- Identificar dentre os modelos substitutivos de assistência ao portador de sofrimento mental qual atenderia as necessidades do município.

### 3 - Justificativa:

Guanhães, município considerado Pólo da Região leste mineira, condição favorecida pela sua localização geográfica e por sua maior amplitude econômica, política social e educacional na região. Esta situação garante um fluxo contínuo de um grande número de pessoas em sua cidade-sede, Guanhães.

Não há neste município, uma proposta de atenção à saúde mental, caracterizando-se por uma sociedade excludente e mal informada a respeito da doença mental, impregnada de preconceitos.

Sem que haja nenhum levantamento ou cadastramento efetivo acerca dos doentes mentais, o PSF e o SIAB não contemplam informações. O município se vê afogado por uma demanda crescente por serviços especializados e por medicamentos psicotrópica.

Na prática do dia a dia, encontramos a família despreparada para lidar com o doente mental e desamparada pela falta de um serviço de referência eficiente. Soma-se a isso a pressão exercida por uma sociedade que ainda enxerga o louco/portador de transtorno mental como um “anormal” que age diferente dos padrões estabelecidos, e, por isso, deve ser isolado. Em 2002 pacientes foram transferidos para Belo Horizonte e isto acarreta gastos com transporte, AIH, profissionais, medicamentos. Vale lembrar que esse custo além de financeiro é também social.

Para Viana (8) “Trabalhamos na saúde pública o processo saúde-doença entendido como um fenômeno coletivo e um fato social e que é determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza em um determinado momento através do processo de trabalho e de suas formas de organização social. Necessitamos, portanto, pensar em todos os paradigmas que contemplem a complexidade dos agravos que acometem o indivíduo e a coletividade, ou seja, devemos estar atentos ao dinamismo das relações sociais, à experiência subjetiva do indivíduo. Por sermos sabedores de que a mente e o corpo devem ser sempre questionados nas suas implicações sobre a forma de pensar a saúde, é que se torna imperativo incluir o aspecto emocional na descrição da gênese das doenças e na sua abordagem terapêutica. A violência, o desemprego, o estresse, o isolamento contribuem sobremaneira para o surgimento e o agravamento de várias doenças, incluindo as psiquiátricas. É neste contexto, que se pensa tanto na saúde como na doença em sua dimensão mais ampla, determinada por múltiplos fatores: sociais, biológicos, culturais e econômicos. É por isso, que a cada dia, novas pesquisas verificam a relação existente entre os fatores sociais e a emergência da doença mental e, no estudo dos determinantes sociais da doença mental devemos nos ater, também, para as relações de exploração, dominação e opressão existente entre os grupos sociais”.

Segundo Viana (8) “Também a cada dia, torna-se mais evidente, que é inviável trabalhar o significado da doença mental na sociedade atual por outro viés que não seja o da exclusão social e da não cidadania”.

Para Vianna (8) “A sociedade fez com que o doente mental se tornasse um ser sócio economicamente insignificante, excluindo-o do processo produtivo. É possível afirmar, portanto, que qualquer tentativa de reabilitação psicossocial passe necessariamente pelo mundo da produção, pois, dessa forma procuraremos romper com um imaginário social que exclui o “louco” porque ele não produz, não participa e, portanto, não pode ter voz e nem direitos.”

Vianna afirma “O trabalho proposto pela reforma psiquiátrica nas cooperativas sociais junto aos pacientes com transtornos psíquicos possibilita que se criem novas formas de inserção do sujeito no mundo do trabalho, através da aprendizagem de um ofício, da possibilidade de valorização das habilidades do sujeito e na construção de sua autonomia. A Reforma Psiquiátrica busca através de suas diretrizes, transformar a assistência em saúde mental num processo mais dinâmico e resolutivo que conte com a participação da família e da comunidade. Apregoa a questão da diferença na dimensão do sujeito, com suas particularidades e limitações, propondo uma construção mais humana e cidadã para a compreensão da loucura e buscando novas formas de intervenção que resgatem a singularidade do doente”.

Se necessário o tratamento, que este possa ser feito de forma a evitar segregação, a exclusão e a homogeneização da doença mental e que proponha formas diferentes de reinserção social, de acordo com a história de vida de cada um. Portanto, nos cabe buscar novas formas de assistência para os doentes mentais. Um cuidar que não seja regido pelo que está posto, pela norma. Um cuidado centrado na capacidade de vislumbrar a diferença, construído por quem cuida e quem é cuidado; pela família; pelo profissional de saúde, pela comunidade. Com vistas em tal idéia, é que defendemos a implantação de serviços substitutivos ao modelo tradicional, que busquem alcançar, em futuro próximo, uma atenção em Saúde Mental que garanta os direitos e promova a cidadania dos portadores de transtornos mentais, favorecendo a sua inclusão social.

Diante desse quadro nos sentimos convocados a nos constituirmos em agentes modificadores da situação em que se encontra a assistência à saúde mental em nosso município uma vez que a realidade aponta para uma atenção em saúde mental em descompasso com os novos rumos da assistência em saúde mental no Brasil determinadas pelo movimento da reforma Psiquiátrica e os princípios do SUS. O município de Guanhães necessita de um serviço de apoio à saúde mental, especificamente o CAPS I (Centro de Atenção Psicossocial I), programa que já tem um projeto aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, para garantir à comunidade uma assistência qualificada.

#### **4 - Metodologia**

Este estudo é fruto de um projeto já existente na Secretaria Municipal de Saúde de Guanhães, para a implantação do CAPS I, e pelas dificuldades que as ESF vem enfrentando para o atendimento aos pacientes da saúde mental. Foram consultadas para o presente estudo, produções bibliográficas da literatura produzida no Brasil sobre o tema buscando antecedentes para um maior conhecimento no sentido de aumentar a experiência em torno do problema, dados coletados no Serviço de Psicologia da Secretaria Municipal de Saúde de Guanhães (anexo 1), juntamente com os registros de atendimentos de “Doenças Mental” dos PSF’s (anexo 2), as experiências vivenciadas no dia-a-dia nas ESF e analisamos os fatores que interferem no atendimento em saúde mental do município e suas implicações. Em um terceiro momento, após a análise de todos os dados obtidos, através de reuniões com os enfermeiros dos PPSF’s chegamos aos fatores predisponentes para o sofrimento psíquico em nosso município.

Optamos por utilizar a técnica de análise de conteúdo, partindo de premissa de que tudo o que é dito ou escrito é possível de ser submetido à análise de conteúdo, para instrumentalizar e operacionalizar a análise dos artigos. É uma técnica de investigação que através de uma descrição objetiva e sistemática do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a interpretação dessas comunicações.

## 5 - Fundamentação Teórica:

O Brasil vem sofrendo uma série de transformações no campo de suas políticas e ações sociais, sob a tutela e responsabilidade do Estado, em função de uma crescente demanda da sociedade.

As transformações da relação Estado-sociedade-economia têm demandado uma reestruturação da organização política e econômica dos países, com reflexos sobre o papel do Estado e, conseqüentemente, sobre o setor saúde. No Brasil, nos anos 90, o processo de reforma do Estado baseia-se em um tríplice diagnóstico: uma crise fiscal crescente, uma exaustão das formas protecionistas de intervenção na economia e uma administração pública considerada excessivamente burocrática e ineficiente. A construção da capacidade de Estado, assentada principalmente no conceito de eficiência, é assumida como objetivo central da reforma do Estado brasileiro e de seus aparelhos. Os princípios e diretrizes norteadoras dessa nova concepção e ordem para o setor saúde foram constituídos com ampla participação da sociedade, no processo de redemocratização do Estado brasileiro e, no caso da saúde, particularmente do movimento da Reforma Sanitária, cujo marco inicial, oficialmente, se remete às conclusões e deliberações da VIII Conferência Nacional de saúde, realizada em 1986. A aceitação das propostas da Reforma Sanitária, no período pré-constituente e na Constituição, liga-se ao contexto da transição para a democracia, abrindo-se espaço para proposições de um padrão de financiamento mais próximo do adotado na social-democracia. Entretanto, o redirecionamento do fundo público, tem encontrado resistências e apresentado recuos, desfigurando o modelo de Sistema Único de Saúde (SUS) proposto na Reforma Sanitária. O movimento da Reforma Sanitária encaminhou, através da Comissão nacional da Reforma Sanitária (constituída após a VIII Conferência), o elenco de princípios e diretrizes para a reorganização do sistema. A Constituição brasileira promulgada em 1988 incluiu então pela primeira vez uma sessão de saúde, incorporando em grande parte os conceitos e propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde, podendo-se dizer que na essência, a Constituição adotou a proposta da Reforma Sanitária e do SUS. No entanto isso não foi fácil. Vários grupos tentaram aprovar outras propostas; destacando-se duas: a dos que queriam manter o sistema como estava, continuando a privilegiar os hospitais privados e a dos que queriam criar no país um sistema de seguro-saúde mais ou menos parecido com o americano e que na verdade não atende a todos. Enquanto resultante dos embates e das diferentes propostas (ver Anexo 03) em relação ao setor saúde presentes na Assembléia Nacional Constituinte, a Constituição Federal de 1988 aprovou a criação do Sistema Único de Saúde, reconhecendo a saúde como direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade e organização de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população, além da primeira e maior novidade que é o conceito de saúde, deixando de ser expresso apenas com ausência de doenças para ser um “conceito ampliado de saúde”; em que foi conceituada como o “bem-estar físico, mental e psicossocial no indivíduo”.

Contribuíram também as constituições estaduais e leis orgânicas dos municípios, que na sua maioria também contemplam a questão da saúde. O SUS faz parte de ações definidas como sendo de “relevância pública”, exigindo do poder público a regulamentação, a fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde, independente da execução direta do mesmo. Além disso, esse novo sistema, compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinada a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Ao lado do conceito ampliado de saúde, o SUS traz dois outros conceitos importantes, o de sistema e a idéia de unicidade. A noção de sistema significa que não estamos falando de um novo serviço ou órgão público, mas de um conjunto de várias instituições, dos três níveis de governo e do setor privado contratado e conveniado, que interagem para um fim comum. O que é definido com único, é um conjunto de elementos doutrinários e de organização do sistema de saúde, os princípios de universalização, da equidade, da integralidade, da descentralização, regionalização, hierarquização e da participação popular. Com o SUS a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, garantindo a universalização, independente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais. O objetivo da equidade é diminuir desigualdades, levando em consideração que as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades diferentes. O princípio de integralidade significa considerar a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades, assegurando uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos. A regionalização e a hierarquização dos serviços significa que os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da clientela a ser atendida. A hierarquização deve, além de proceder à divisão dos níveis de atenção, garantir formas de acesso aos serviços que componham toda a complexidade requerida para o caso. Deve ainda incorporar-se à rotina do acompanhamento dos serviços, com fluxos de encaminhamentos (referência) e de retorno de informações do nível básico (contra-referência). Estes caminhos somam a integralidade da atenção com controle e racionalidade dos gastos do sistema. A descentralização é de grande importância, pois dispõe sobre responsabilidades dos três níveis de governo, assegurando a prestação de serviços com maior qualidade e uma melhor fiscalização pelos cidadãos. A descentralização ou municipalização é uma forma de aproximar o cidadão das decisões do setor e significa a responsabilização do município pela saúde dos seus cidadãos. Exigindo assim uma melhor participação popular. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que têm como função formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

Porém a descentralização não garante o caráter democrático do processo decisório e necessita ainda do fortalecimento das capacidades administrativas e institucionais do governo central na condução do próprio processo de descentralização. O próprio avanço da descentralização, portanto, assinala a complexidade de consolidar a política nacional de saúde em um país imenso, desigual, com um sistema político federativo. A consolidação do SUS, portanto, requer a existência de mecanismos de regulamentação que dêem conta do dinamismo e da complexidade da descentralização na área de saúde. Nos anos 90, as Normas Operacionais Básicas passam a representar instrumentos fundamentais para a concretização da diretriz de descentralização estabelecida na Constituição e legislação do SUS.

Além de promover uma integração de ações entre três esferas de governo, desencadearam um processo de descentralização intenso, transferindo para os estados e, principalmente, para os municípios, um conjunto de responsabilidades e recursos para a organização da atenção à saúde. O PSF veio como estratégia para colaborar na consolidação de assistência integral a saúde. A NOAS - SUS atualiza a regulamentação da assistência, considerando os avanços já obtidos e enfocando os desafios a serem superados no processo permanente de consolidação e aprimoramento do Sistema Único de Saúde; estabelecendo o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde (Plano Diretor de Regionalização) e de busca de maior equidade; conforme prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população, com garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção. A necessidade de conceber e elaborar propostas mais integrais que orientem as intervenções sobre a situação de saúde impõe ainda a revisão de modelos, operações e ações de vigilância em saúde.

## **6 – Contextualização do Município:**

### **6.1 - Histórico do Município**

A região de Guanhões era habitada por índios Guanahans, de origem Tupã e do grupo selvagem dos Caiacangues de Minas. Guanhões é palavra aportuguesada.

A criação do arraial de São Miguel e Almas se deve a José Coelho da Rocha, primeiro habitante do povoado, que em 1821, doou terras adquiridas pelo direito de posse, dando origem ao núcleo e seu patrimônio.

Sendo terra de ouro, o lugarejo teve desenvolvimento rápido, visto que no ano de 1837 já existia uma companhia inglesa – The Candonga Gold CC. Limited – com o objetivo de exploração das lavras.

Por alvará – régio do príncipe VI, de 26 de janeiro de 1811, foi erguida a capela de São Miguel e Almas, sendo instituída canonicamente pela provisão de 17 de junho de 1828.

Em 1875, quando passou a município, tomou a denominação de São Miguel e Almas de Guanhões e, em 1881, a de Guanhões.

### **6.2 - Dados Geo – Políticos**

A área do município é constituída de patamares que formam os planaltos cristalinos rebaixados, que saem da direção do litoral, com 1.188 Km<sup>2</sup>. Localiza-se na mesoregião da Mata e Rio Doce Mineiro e na Microrregião da Bacia do Suaçui, tem sua posição determinada pelo paralelo 18°46'43" de latitude Sul em sua interseção com o meridiano de 42°56'36" de longitude oeste. Limita-se ao Norte com os municípios de Sabinópolis e São João Evangelista, ao Sul com Dolores de Guanhões, Braúnas e Açucena, ao Leste com Peçanha, Virgíópolis e Gonzaga e a Oeste com Senhora do Porto. A pluviosidade média anual é de 1.360 mm, o clima é mesotérmico, mas sob influência da altitude do lugar e da região, úmido; com uma temperatura média anual de 19°C. Está a 240 Quilômetros da capital do Estado, a principal vias de acesso ao município são a BR – 381, MG 434 – 129, BR – 120 (Itabira – Capelinha) e BR – 259 (Guanhões – Governador Valadares).

#### **6.2.1 -População**

No censo de 2.002, a população projetada pelo Ministério da Saúde para o município foi de 28.387 habitantes, sendo 21.014 na zona urbana e 6.863 na zona rural.

Da população total 14.230 são do sexo feminino e 13.647 são do sexo masculino (por sexo os dados foram do censo de 2001).

Tabela - 1  
**POPULAÇÃO DE GUANHÃES POR FAIXA ETÁRIA**

GRUPO ETÁRIO	POPULAÇÃO
Menor de 01 ano	579
1 a 14 anos	8.915
15 a 39 anos	11.232
40 a 59 anos	4.638
60 anos e mais	2.490
Ignorado	23
População Total	27.877

Fonte: IBGE 2001

Da população acima de dez anos, que compreende 21.690 habitantes, 18.687 são alfabetizados (86,15%), e 3.003 analfabetos (13,85%).

### 6.2.2 - Atividades Econômicas

No município, evidencia-se a importância de suas atividades agropastoris, seguidas das atividades agroindustriais e comerciais. Dentre as atividades agropastoris, destacam-se as lavouras permanentes de banana, laranja e a cana-de-açúcar, e avicultura e pecuária leiteira. Estas últimas, voltadas para o fornecimento de matéria primam à indústria de laticínios, possui baixa produtividade devido às práticas tradicionais de criação extensiva. A CENIBRA (celulose Nipo-Brasileira S/A) promove o plantio de eucaliptos para a extração de madeira através de empreiteiras. No aspecto ambiental vale destacar que Guanhães possui uma reserva mineral em ferro considerável. Entre as demais atividades, tem predominância na economia municipal a pecuária, a produção de leite e as culturas agrícolas.

### 6.2.3 - Participação Política

O Poder Legislativo do município é representado por 13 Vereadores, e o Poder Executivo é representado por 07 Secretários de Governo, com as seguintes secretarias, sendo elas Secretaria da Educação, Secretaria da Saúde, Secretaria da Assistência Social, Secretaria da Agricultura, Secretaria de Obras, Secretaria de Administração e Fazenda e Secretaria do Governo. O município conta com 19.627 eleitores.

#### **6.2.4 - Condições Sanitárias**

O sistema de abastecimento de água é realizado pelo Serviço Autônomo de Água e Esgoto – SAAE e consiste das seguintes etapas: capacitação, tratamento e distribuição. O esgoto sanitário, também de responsabilidade do SAAE, não sofre qualquer tipo de tratamento, sendo lançado “in natura” nos cursos d’água da região. O serviço atende 65% dos domicílios urbanos, o restante da população faz uso de fossas rudimentares. Já existe projeto de tratamento do esgoto, cujas obras já estão em andamento, com conclusão prevista para 2003.

Na zona urbana, 100% dos estabelecimentos possuem abastecimento de água tratada, 70% possuem coleta pública de esgoto, o restante utiliza formas alternativas de descarte dos dejetos, tais quais, fossa séptica e nos rios. Dos quatro distritos do município, três possuem 100% de abastecimento de água tratada, e não se sabe a porcentagem dos estabelecimentos que possuem coleta pública de esgoto.

O sistema de limpeza pública e coleta de lixo do município são divididos em quatro setores: varreção de ruas, coleta de lixo, limpeza das estradas e depósito (reciclagem e aterro). A varreção das ruas é feita diariamente por trinta funcionários em ruas calçadas e/ou com meio fio. São coletados no município cerca de 15 a 18 toneladas de lixo diariamente através de dois caminhões caçamba, sendo que a coleta na região central da cidade é feita diariamente e nos outros bairros em dias alternados. A limpeza das estradas municipais é realizada em parceria com a Secretaria Municipal de Obras. Atualmente, tem-se desenvolvido o “Mutirão da Limpeza”, realizado nos quatro pontos da cidade, sendo que esta ação tem ultrapassado 500 m em média o perímetro urbano. O lixo coletado é separado no mesmo dia e encaminhado a usina de reciclagem, lá é feita a separação, especialmente do lixo doméstico. A maior parte é aproveitada, em sua maioria são materiais como garrafas plásticas, latas e plástico filme em geral, que são vendidos principalmente para Ipatinga e Belo Horizonte. O restante é encaminhado ao aterro sanitário, que fica a mais ou menos 500 metros além da usina. Este lixo é depositado em uma área de aproximadamente 5x6 metros quadrados. No entanto não há qualquer preparo do solo para receber este material. Atualmente a área para depósito está super saturada, sendo que o nível do solo está ultrapassado e outro local para depósito está sendo confeccionado.

A energia elétrica é fornecida pela CEMIG – Companhia Energética de Minas Gerais.

### **6.3 – Diagnóstico de Saúde**

O Sistema Municipal de Saúde de Guanhães é constituído pela Secretaria Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde e Fundo Municipal de Saúde. Atualmente, o município está enquadrado na forma de Gestão Plena da Atenção Básica do SUS. O Sistema de Saúde Pública no município é composto por um Centro de Saúde na região central, um Posto de Saúde no distrito de Sapucaia e sete Unidades de Saúde da Família, sendo duas localizadas em zona rural. Além disso, o município conta com uma ampla rede de assistência privada à saúde.

#### **6.4 - Estrutura Organizacional da Secretaria Municipal de Saúde (anexo4)**

- A- Órgão Superior: Secretaria Municipal de Saúde;
- B- Órgão Consultivo, de Acessoria e Deliberativo: Conselho Municipal de Saúde;
- C- Órgãos de Apoio:
  - Coordenadoria de Serviço Administrativo;
  - Coordenadoria de Informação em Saúde/ Planejamento e Programação/ Controle e Avaliação;
  - Coordenadoria de Rede Ambulatorial;
  - Coordenadoria do Serviço de Odontologia;
  - Coordenadoria do Serviço de Laboratório;
  - Coordenadoria do Serviço de Vigilância Sanitária;
  - Coordenadoria do Serviço de Vigilância Epidemiológica;
  - Coordenadoria do Programa de Saúde da Família;

O Fundo Municipal de Saúde foi instituído em 17/12/91, pela Lei nº 1.637. A Secretaria Municipal de Saúde está ligada administrativamente à Diretoria Regional de Saúde (DRS) de Itabira.

#### **6.5 - ESTRUTURA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE GUANHÃES**

##### **6.5.1 - Hospital Imaculada Conceição**

Para atendimento ao nível secundário e terciário, o município dispõe do Hospital Imaculada Conceição, que é sede do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Centro Nordeste (CISCEN), e Consórcio Intermunicipal do Vale do Suaçui (CISVAS), assistindo uma população de 250.000 habitantes das trinta cidades consorciadas. É um hospital privado, filantrópico, de atendimento geral, conveniado ao Sistema Único de Saúde – SUS.

Dispõe das seguintes unidades:

- Pronto Socorro 24 horas
- Ambulatório
- Área de Internação
- Área de Isolamento
- Berçário
- Centro Cirúrgico/ Centro Obstétrico
- Apoio Diagnóstico

O hospital possui 100 leitos assim distribuídos:

- Clínica Médica – 25 leitos
- Clínica Cirúrgica – 20 leitos
- Clínica Pediátrica – 25 leitos
- Clínica Obstétrica – 16 leitos
- Outros – 14 leitos

São realizadas cirurgias:

- Colecistectomia vídeo laparoscópica
- Cirurgia geral: hérnia, vesícula, apêndice, fimose, hemorróidas, etc.
- Cirurgia Gineco-Obstétrica: cesariana, histerectomia, miemestomia, perineoplastia anterior e posterior, resseção de cistos, amputação de colo uterino, barlolinectomia, CAF.
- Cirurgia Ortopédica: colo do fêmur, fraturas em geral.
- Cirurgia Urológica: próstata, rins, etc.
- Cirurgia Otorrinolaringológica.
- Cirurgia Oftalmológica.
- Outras

### **6.5.2 – Centro de Saúde**

Possui sede própria, construída em alvenaria especificamente para esse fim. Foi construído pelo Estado; porém com o processo de municipalização o município passou a gerenciá-lo. Localiza-se na zona urbana, à rua Dr. Lopes nº 197, Centro.

Recursos Humanos:

- 12 Médicos
- 01 Enfermeira
- 01 Farmacêutico
- 05 Técnicos de Enfermagem
- 12 Auxiliares de Enfermagem
- 02 Psicólogas
- 05 Dentistas
- 02 Auxiliar de Consultório Dentário.

Atividades desenvolvidas:

- Consultas médicas
- Consultas de Enfermagem
- Imunização
- Teste do Pezinho
- Grupos Educativos
- Pré-Natal
- Curativo
- Farmácia Básica
- Saúde Bucal
- Central de Esterilização

O Centro de Saúde conta ainda com um Anexo de Saúde aonde são desenvolvidos os programas do município:

- Programa de PCE (Programa de Controle de Esquistossomose)
- Programa de Dengue
- Programa de combate a Doença de Chagas
- Hipertensão Arterial – SIS - HIPERDIA
- Diabetes Mellitus – SIS – HIPERDIA
- Programa tuberculose
- Programa de Hanseníase
- Programa de Planejamento Familiar, Prevenção câncer de colo de útero e mama (“Viva Mulher”).
- Programa de Terapia de Reposição Hormonal
- Programa de DST-AIDS
- Programa de Controle Mental (em fase de implantação)
- SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional)/ Bolsa Alimentação

Observação: Todos esses programas são desenvolvidos em todas as Unidades Básicas de Saúde, com supervisão no Anexo de Saúde.

### **6.5.3 - Programas de Saúde da Família**

O município conta com sete Equipes do Programa de Saúde da Família (EPSF), duas na zona rural e cinco na zona urbana, três equipes de Saúde Bucal cobrem seis EPSF, cobrindo 23.797 pessoas correspondendo a 80% da população geral.

O PSF atua principalmente na prevenção de agravos e educação para a saúde, tendo as famílias como aliadas na construção de uma vida saudável e no processo de cura e reabilitação.

Estão localizadas nos seguintes distritos e bairros.

- PSF Correntinho
- PSF Farias/ Taquaral
- PSF Alvorada
- PSF Pito
- PSF REGIONAL VI
- PSF REGIONAL VII A
- PSF REGIONAL VII B

#### **6.5.4 - Posto de Saúde:**

O município conta com um Posto de saúde no distrito de Sapucaia, que não é coberto pelo PSF. Realiza consultas médicas, imunização, curativos, pré-natal, grupos educativos.

#### **6.5.5 - Setor Privado:**

O município de Guanhães conta com:

- 06 Laboratórios de Análise Clínica
- 01 Clínica Veterinária
- 02 Clínicas de Fisioterapia
- 29 Dentistas
- 08 Farmácias e Drogarias
- 03 Farmácias de Manipulação
- 05 Clínicas com Consultórios Médicos
- 01 Clínica de Otorrinolaringologia
- 02 Clínicas de Oftalmologia
- 01 Clínica de Ortopedia
- 01 Fonoaudióloga

#### **6.6 - Sistemas de Informação da Secretaria Municipal de Saúde**

- SIS – PPI – Sistema de Informação Programação Pactuada Integrada.
- SIA - SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS.
- SIAB – Sistema de Informação sobre Atenção Básica.
- SIH – SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS.
- SISPRENATAL – Humanização do Pré-Natal e Parto.
- SIS –HIPERDIA – Sistema de informação de hipertensos e diabéticos.
- SISVAN – Sistema de Informação sobre Vigilância Alimentar e Nacional.

- SIS-ÁGUA – Sistema de Informação da qualidade da água. O SAAE envia mensalmente os dados da água.
- SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade. SINAN – Sistema de Informações Agravos Notificáveis.
- SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos.
- SI – PNI – Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações.

Todos os sistemas acima citados são informatizados com exceção do SISVAN e o SIS - ÁGUA. Todos os programas funcionam bem. O Programa de Bolsa Alimentação está em fase de implantação.

## **6.7 -Órgãos da Vigilância**

### **7.7.1 - Vigilância Epidemiológica**

A Vigilância Epidemiológica (VE), criada em abril de 2001, é composta por 01 enfermeira e 02 auxiliares administrativos. A VE tem como propósito fornecer orientação técnica permanente para os profissionais de saúde que irão auxiliar na execução de ações de controle de doenças e agravos, e imunização. Consolida dados e emite resultados ao município e a DRS. A estrutura operacional da Vigilância Epidemiológica conta com uma sala específica e devidamente equipada para guarda de imunobiológicos e uma sala, dividida com outro setor para digitação, ambas localizadas na Secretaria Municipal de Saúde. Com a implantação do PSF as informações e ações ficaram mais precisas e eficientes. Entretanto a dificuldade no repasse das informações das Unidades de Saúde, Clínicas e Hospital para a VE ainda é muito lenta.

#### **Objetivo:**

Interpretar as informações para a construção de análises de situações epidemiológicas através dos Sistemas de Informações:

- SINAN – Sistema de Informações Agravos Notificáveis.
- SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos.
- SIS – PNI – Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações.
- SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade.

#### **Funções:**

- Coleta de dados;
- Processamento dos dados coletados;
- Análise e interpretação dos dados processados;
- Recomendação das medidas de controle apropriadas;

- Promoção das ações de controle indicadas;
- Avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas;
- Divulgação de informações pertinentes.

### **6.7.2 - Vigilância Sanitária**

As ações da Vigilância Sanitária (VISA) implantadas no ano de 2001 basearam-se na necessidade urgente de trabalhar-se a educação sanitária e a auto – responsabilidade juntamente aos prestadores de serviços e aos fornecedores do município de Guanhães. Foi feito um novo cadastramento de comércios de alimentos, salões de beleza, barbearias, clínicas médicas, de fisioterapia, odontológicas entre outras, que fazem parte também da esfera de atuação da Diretoria Regional de Saúde de Itabira, a qual a vigilância sanitária municipal é subordinada. O cadastramento dos comércios de alimentos, a confecção de cartilhas, os treinamentos com expedição de certificado, a exigência de apresentação do certificado de treinamento para aquisição de alvará sanitário, a fiscalização, as mudanças e reformas exigidas após as inspeções, proporcionam ganhos significativos no atendimento à comunidade. Atualmente a Vigilância Sanitária além de novos cadastros realiza vistorias, visitas de inspeção, fiscalização, notificações e campanhas educativas. Essas medidas, dentre outras, estão ampliando a fiscalização e a segurança da comunidade. As dificuldades da Vigilância Sanitária estão na falta de informação da comunidade e donos de estabelecimentos que são resistentes às mudanças, recebendo a VISA como uma fiscalização pura e, não como um apoio e segurança para o seu estabelecimento. A falta de pessoal capacitado e o baixo salário dificultam o trabalho. A escassez de recursos financeiros e físicos também faz com que as ações da VISA não sejam tão eficazes. Com tudo isso a VISA procura vencer os desafios com criatividade e muita boa vontade.

### **6.7.3 - Vigilância Ambiental**

Em fase de implantação. Os representantes do município participarão de treinamento no mês de julho.

### **6.7.4 - Vigilância a Saúde do Trabalhador**

Não está implantada no município.

### **6.8 - Parcerias com a Saúde:**

- APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais)
- IMA (Instituto Mineiro de Agropecuária)
- Pastorais
- FAFEID (Faculdade Federal Integrada de Diamantina)
- Conselho tutelar
- Lions Clube
- Associação de Bairros
- Escolas Públicas e Privadas
- Itambé – CCPR (Cooperativa Central dos Produtores Rurais)

Destas entidades citadas a maior parceira à saúde é as escolas que funcionam como fontes divulgadoras de informações ligadas à saúde, bem como participação ativa em campanhas. Outra parceria importante é com a FAFEID (Faculdade Federal Integrada de Diamantina) que firma convênio de internato rural com o município, proporcionando um trabalho em conjunto dos alunos de enfermagem com as equipes de saúde. O IMA (Instituto Mineiro de Agropecuária) participa em campanhas de vacinação contra raiva canina e felina, ficando também a disposição para qualquer eventualidade. O Conselho Tutelar atende a todas as solicitações da comunidade. A Itambé empresa de laticínios que sempre nos disponibiliza veículos para campanhas de vacinação. A atuação dos demais setores na comunidade, mesmo que em trabalho e atividades independentes, contribuem nas ações para promoção de saúde e melhoria na qualidade de vida.

### **6.9- Mortalidade no Município de Guanhães (anexo 5)**

#### **6.9.1 - Taxa de Mortalidade Infantil**

A taxa de mortalidade infantil é um dos indicadores de saúde mais usados pra se verificar a condição de saúde de uma população. Quanto mais baixa for a taxa de mortalidade de uma população, melhor é a condição de saúde daquela população, porque isso significa que menos crianças com idade inferior a um ano de vida estão morrendo.

A taxa de mortalidade infantil no Brasil estimada por métodos diretos e indiretos, atualmente está em torno de 30 óbitos por mil nascidos vivos. Isso quer dizer que para 1000 crianças que nasceram vivas no Brasil, morreram 30 crianças com menos de um ano.

Em 2002 a taxa de mortalidade infantil no município teve uma redução de 65,8% em relação a 2001. A melhora no Sistema de Saúde e a estratégia da Saúde da Família contribuíram para a diminuição do índice guanhãense: 16,4 por 1000 nascidos vivos em 2002 contra o altíssimo percentual de 42, 80 por 1000 nascidos vivos em 2001.

### **6.9.2 - Taxa de Mortalidade Geral**

Em 2002 a taxa de mortalidade geral no município foi de 6,2 óbitos por 1000 habitantes, alta de 30% em relação ao índice de 4,84 em 2001. A elevação da taxa não representa necessariamente aumento da mortalidade, mas sim, de notificações realizadas com mais rigor uma vez que durante todo o ano de 2001, óbitos ocorridos em outros municípios não foram devidas e totalmente registrados.

O índice de mortalidade geral no município de Guanhães no ano de 2002 foi de 6,2 por 1000 habitantes.

### **6.9.3 - Taxa de Mortalidade Proporcional**

O índice proporcional em 2002 foi de 65,3 por 100 habitantes contra 69,62 em 2001. A pequena diferença de índice informa que a população acima de 50 anos de idade cresceu e proporcionalmente, o número de óbitos. Porém, a diferença de índice evidencia ainda que a sobrevida do guanhanense também cresceu, identificando um aumento substancial do número de idosos no município.

## **6.10 - Morbidade no Município de Guanhães**

As principais causas de morbidade representam o comportamento de uma doença ou de um agravo à saúde em uma população exposta.

Em Guanhães de acordo com os atendimentos a pacientes durante o ano de 2002 as dez principais causas de morbidade não diferem muito do ano de 2001, sendo em 1º lugar as Doenças do Aparelho Circulatório, em 2º lugar as Doenças Crônicas degenerativas (Hipertensão Arterial, Diabetes e DPOC), em 3º lugar as Verminoses, em 4º lugar a Doença Mental, em 5º lugar as Doenças do Aparelho Respiratório (pneumonia, sinusite, bronquite), em 6º lugar as Doenças do Aparelho Digestivo, em 7º lugar as Doenças do Aparelho Urinário, em 8º lugar as Doenças Sexualmente Transmissíveis, em 9º lugar as Doenças de Pele (alergias, micoses, dermatites) e em 10º lugar as Anemias.

**PRINCIPAIS CAUSAS DE MORBIDADE NO MUNICÍPIO DE GUANHÃES  
2002**

<b>LUGAR</b>	<b>CAUSAS</b>
1º	Doenças do Aparelho Circulatório
2º	Doenças Crônicas Degenerativas
3º	Verminoses
4º	Doença Mental
5º	Doença do aparelho Respiratório
6º	Doenças do aparelho Digestivo
7º	Doenças do aparelho Urinário
8º	DST
9º	Doenças de pele
10º	Anemias

Fonte: SMS/ VE – Guanhães

Através da alimentação do banco de dados do SINAN – Sistema de Agravos de Notificação, pode-se calcular a incidência, prevalência, letalidade e mortalidade, bem como realizar análises de acordo com as características de pessoa, tempo e lugar, particularmente, no que tange as doenças transmissíveis de notificação obrigatória.

**NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS NO MUNICÍPIO DE GUANHÃES**

<b>AGRAVO</b>	<b>NÚMERO DE CASOS</b>	<b>CASOS CONFIRMADOS</b>
Acidentes Animais peçonhentos	64	59
Atendimento Anti – rábico	31	31
Dengue	4	4
Difteria	1	1
Hepatite B/C	1	1
Hepatite Viral	20	17
Leishmaniose Tegumentar Americana	2	2
Rubéola	4	0
Varicela	79	79
Meningite	10	5
<b>TOTAL</b>	<b>216</b>	<b>199</b>

Fonte: SMS – Guanhães/ VE

## **7 - Situação Problema:**

“A Desestruturação e Desumanização da Atenção a Saúde Mental no Município de Guanhães”.

### **7.1 - Fundamentação Teórica:**

No mundo antigo e ainda na Idade Média “o louco era alvo de certo temor, de um terror sagrado. [6]. Até ao Século da Razão, a loucura encontrava-se mais ou menos associadas à vida pública ou, em rompimento com esta, associadas a uma ordem sagrada”. (Bosseur, 1976 [1974], p.26) no século XVII essa perspectiva é alterada quando são criadas as primeiras instituições asilares onde os parias da sociedade, incluído-se ali os loucos, eram presos. Com a Resolução Francesa (e todo o seu contexto político), aparece Philippe Pinel e seu ‘tratamento moral sem correntes’, mas ainda cerrados dentro dos muros do manicômio. Com o surgimento da psicanálise, muito do que era considerado inteligível ou simplesmente ignorado pela ciência médica da época foi levado a sério por Freud. Nota-se semelhanças da história da psicanálise com as origens do Movimento Antimanicomial. Em Introdução a Antipsiquiatria, Chantal Bosseur afirma ‘o método de Freud e o dos antipsiquiatras têm numerosas analogias’. (Bosseur, 1976[1974], p.94).

A história da saúde mental no Brasil, não é muito diferente. Na década de 1850, o Brasil imperial ordena espaços, inclusive para a loucura, constituindo assim os asilos (Reforma Clemente Pereira), com o objetivo de isolar da cidade aqueles que a possam perturbar, excluindo os improdutivos. Na década de 1890, com a Abolição da Escravatura e a Proclamação da República, é estimulado por todo o país a estatização dos hospitais psiquiátricos e a criação de campos de trabalho agrícola, constituindo a era de ouro das colônias (Reforma de Teixeira Brandão). Na década de 1940 foram criados hospitais psiquiátricos estatais em todas as unidades federativas, com o objetivo de desenvolver campanhas para atender os abandonados sociais e criar uma máquina previdenciária-assistencial para os inseridos no mercado urbano de trabalho – modernização Autoritária dos estado (Reforma Adauto Botelho). Na década de 1960, o objetivo era ampliar a rede hospitalar até a obtenção de um leito para cada 1000 habitantes; criando um sistema de empresas privadas para terceirizar funções do Estado no campo da saúde mental (Projeto Leonel Miranda). Entre 1964 e 1982 os leitos psiquiátricos crescem dezesseis vezes mais rapidamente que a população brasileira. Nas décadas de 1970/80, acontecem movimentos, de conotação Socialista e Social-Democrata, dentre eles as Conferências Nacionais de Saúde (VII e IX) e Conferências Federais de Saúde Mental (I e II), com a consolidação do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de mudar a atenção dada ao portador de sofrimento mental no Brasil. Enquanto isso, no plano das iniciativas da sociedade civil organizada, os grandes marcos brasileiros são: Rede de Alternativas Psi (início dos anos 70), Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (fim dos anos 70 e início dos 80), Movimento da Luta Antimanicomial (fim dos anos 80 e início dos 90).

O Movimento Nacional da Luta Antimanicomial nasce no Brasil em 1987, se posicionando no sentido de negar o manicômio como forma de tratamento e de propor novas alternativas terapêuticas ao indivíduo portador de transtornos psíquicos. As falhas dos manicômios são ressaltadas, evidenciando neles repetidos casos de maus-tratos aos pacientes, isolamento geográfico e profissional das instituições e seu pessoal, procedimentos deficientes tanto a nível clínico e de cuidados, quanto de notificação e prestação de contas, evidenciando a má administração, gestão ineficiente, má aplicação de recursos financeiros, falta de treinamento de pessoal e procedimentos inadequados de inspeção e controle de qualidade. O que mostra que as condições de vida nos hospitais psiquiátricos são deficientes, resultando em cronicidade dos casos e, o que é pior ainda, em violação dos direitos humanos.

Pela via normativa, o Ministério da Saúde do Brasil, atendendo às recomendações da Conferência de Caracas, expediu a partir de 1991, regulamentos para viabilizara reestruturação da assistência psiquiátrica.

Por outro lado, percebemos que a população em geral ainda não conhece os termos tão bem discutidos a nível técnico. Ainda é difícil para as pessoas que não vivem com a loucura dentro do círculo familiar aceitar idéias como a do fim do manicômio. A família, a comunidade e o meio médico suportam tão mal os psicóticos, e quando o suportam, não o compreendem. Lamentavelmente, na maior parte do mundo, longe está de ser atribuída à saúde mental e aos transtornos mentais a mesma importância dada à saúde física. Devido em parte a isso, o mundo está padecendo de uma crescente carga de transtornos mentais e um crescente “desnível de tratamento”. Em termos globais, muitos se transformam em vítima por causa da sua doença e se convertem em alvos de estigma e discriminação. Provavelmente ocorrerão outros aumentos do número de doentes, devido ao envelhecimento da população, ao agravamento dos problemas sociais e à inquietação civil. Os transtornos mentais já representam quatro das dez principais causas de incapacitação em todo o mundo. Esse crescente ônus vem a representar um custo enorme em termos de sofrimento humano, incapacidade e prejuízos econômicos, exercendo impacto sobre os indivíduos, a família e as comunidades. Os indivíduos não só apresentam sintomas inquietadores de seu distúrbio como sofrem também por estarem incapacitados de participar em atividades de trabalho e lazer, muitas vezes em virtude da discriminação. Eles se preocupam pelo fato de não poderem arcar com suas responsabilidades para com a família e os amigos, e temem ser um fardo para os outros. A violência, o desemprego, o estresse, o isolamento contribuem sobremaneira para o surgimento e o agravamento das doenças crônico-degenerativas e psiquiátricas. Nesse contexto, passa-se a pensar tanto na saúde como na doença em sua dimensão mais ampla, determinada por múltiplos fatores: sociais, biológicos, culturais e econômicos. A dualidade mente-corpo vai sendo questionada nas suas implicações sobre a forma de pensar a saúde, tornando-se um imperativo incluir o aspecto emocional na descrição das doenças e na sua abordagem terapêutica. O impacto econômico dos transtornos mentais é profundo, durável e enorme. Esses transtornos impõem ao indivíduo, à família e à comunidade em seu todo uma série de custos, sendo que alguns deles impossíveis de medir. Entre os componentes mensuráveis da carga econômica estão os serviços sociais e de saúde, a perda de emprego e redução da produtividade, o impacto nas famílias e nos provedores de atenção, os níveis de

criminalidade e a segurança pública e o impacto negativo da mortalidade prematura. Podendo ser destacado o impacto na qualidade de vida, pois não só os transtornos mentais graves, como também os transtornos da ansiedade e do pânico, causam tremendos distúrbios na vida daqueles que são afetados e suas famílias.

Há soluções efetivas disponíveis para os transtornos mentais. Graças a processos registrados no tratamento médico e psicológico, a maioria dos indivíduos e das famílias pode receber ajuda. Certos distúrbios mentais podem ser evitados, e a maioria pode ser tratada. Uma política e uma legislação esclarecida sobre saúde mental-apoiada pela formação de profissionais e financiamento suficiente e sustentável, podem contribuir para uma prestação apropriadas de serviços aos que deles necessitam em todos os níveis de atenção de saúde.

O trabalho proposto pela reforma psiquiátrica nas cooperativas sociais junto aos pacientes com transtornos psíquicos possibilita que se criem novas formas de inserção do sujeito no modo do trabalho, através da aprendizagem de um ofício, da possibilidade de valorização das habilidades do sujeito e na construção de sua autonomia.

A reforma psiquiátrica busca, através de suas diretrizes, transformar a assistência em saúde mental num processo mais dinâmico e resolutivo que conte com a participação da família e da comunidade. Apregoa a questão da diferença na dimensão do sujeito, com suas particularidades e limitações, propondo uma construção mais humana e cidadã para a compreensão da singularidade do doente. Em nenhum momento, a reforma afirma que não seja necessário tratamento. Exige, entretanto, um tratamento que evite a segregação, a exclusão e a homogeneização da doença mental e que proponha formas diferentes de reinserção social de acordo com a história de vida de cada um. A tarefa de proteger e melhorar a saúde mental da população é complexa e envolve múltiplas decisões. Exigem a fixação de prioridades entre necessidades, condições, serviços, tratamentos e estratégias de promoção e prevenção de saúde mental bem como escolhas sobre o que financiar. Os serviços e as estratégias de saúde mental devem ser bem coordenados entre si e com outros serviços, tais como previdência social, educação, emprego e habitação. Os resultados de saúde mental devem ser monitorizados e analisados para que as decisões possam ser constantemente ajustadas para atender aos desafios existentes. Os governos, como gestores finais da saúde mental, necessitam assumir a responsabilidade por garantir que essas complexas atividades sejam elaboradas a cabo. Um papel crítico da gestão é o desenvolvimento e implementação de políticas. Uma política identifica as principais questões e objetivos, define os papéis que correspondem respectivamente aos setores público e privado no financiamento e na provisão, identifica instrumentos de política e esquemas organizacionais necessários no setor público e possivelmente no setor privado para atingir objetivos de saúde mental, estabelece a agenda para o fortalecimento da capacidade de desenvolvimento organizacional e proporciona orientação para priorizar o gasto, vinculando assim a análise de problemas às decisões pertinentes à alocação de recursos.

A falta de empenho expresso em enfrentar problemas de saúde mental e a ausência dos requisitos para levar a cabo o planejamento, a coordenação e a avaliação das estratégias, serviços e capacidade nesta área, mostram que a função gestora para a saúde mental está muito pouco desenvolvida. As características do bom funcionamento

os serviços de saúde mental não são diferentes do que seria o bom funcionamento de serviços de saúde em geral (2000c, capítulo 5). Muitas vezes, os problemas mentais são crônicos, e por isso, o que importa é não somente o custo do tratamento ou serviço individual, mas a probabilidade de sua repetição por longos períodos.

Os indivíduos com transtornos mentais, especialmente nos países em desenvolvimento, geralmente são mais pobres do que o resto da população e muitas vezes têm menos capacidade ou disposição para procurar atenção devido ao estigma ou a experiências anteriores negativas com os serviços, e assim, ter de pagar do seu próprio bolso ou do que de suas famílias constitui um obstáculo ainda maior do que seria o caso em relação a muitos problemas de saúde física.

A formulação das políticas sobre saúde mental, além das políticas sobre álcool e drogas, deve ser levadas a cabo no contexto de um complexo corpo de políticas governamentais de saúde, bem-estar e sociais gerais, considerando às violações dos direitos humanos sofridos por muitas pessoas, bem como à ajuda de que uma grande proporção delas necessita para encontrar habitação apropriada e apoio à renda.

O processo de elaboração de políticas tem de incluir necessariamente uma ampla variedade de interessados: pacientes (por vezes denominados usuários), familiares, profissionais, formuladores de políticas e outras partes interessadas. Alguns como os empregados e membros do sistema de justiça criminal, podem não se considerar interessado, mas é necessário convence-los da importância da sua participação. A política deve fixar prioridades e delinear abordagens, com base nas necessidades identificadas e levando em conta recursos e estruturas disponíveis. Deve basear-se em informações atualizadas e idôneas com respeito à comunidade, indicadores de saúde mental, tratamentos eficazes, estratégias de prevenção e promoção, sendo periodicamente revista para permitir a modificação ou atualização do programa. Além de possuir um sistema de informação que funcione bem e seja coordenado para aferir um número mínimo de indicadores em saúde mental.

A política deve por em destaque os grupos vulneráveis que apresentam necessidades especiais de saúde mental como crianças (visando a prevenção de incapacidade mental infantil mediante nutrição adequada, atenção pré-natal e perinatal, evitação do consumo de álcool e drogas durante a gestação, imunização, iodetação do sal, medidas de segurança da criança, tratamento de transtornos comuns da infância como epilepsia, detecção precoce e promoção da saúde através das escolas), idosos (apoiar e aprimorar a atenção proporcionada a eles por sua família, incorporar a avaliação e o manejo da saúde mental nos serviços gerais de saúde e proporcionar atenção para dar folga a membros da família), mulheres (apoiar aquelas que sofrerem violência sexual, doméstica ou de outras formas, bem como para aquelas que tem também problemas de uso de álcool e drogas), refugiados e grupos deslocados (fazer face a problemas de habitação, emprego, abrigo, vestuário e alimentação, bem como efeitos psicológicos e emocionais resultantes de guerras, deslocamento e perdas de entes queridos), comportamento suicida (reduzir fatores ambientais, assegurando atenção a indivíduos de risco), e pessoas com problemas relacionados com o álcool (controle do álcool – elevação do seu preço e de impostos aplicados a bebidas alcoólicas, restrição do seu uso conforme disponibilidade, idade, com limitação de do número, dos tipos e das horas de serviço dos estabelecimentos que servem ou vendem álcool, leis para os

que dirigem embriagados e sensibilização dos próprios fornecedores, além do controle da publicidade, a provisão de educação comunitária, rótulos de segurança – e efetivação dos grupos de apoio).

Os serviços de saúde mental devem ser avaliados, reavaliados e reformulados para proporcionar o melhor tratamento e atenção disponível. Há maneiras de melhorar a organização dos serviços, mesmo com recursos limitados, de tal forma que os que deles necessitam possam fazer pleno uso dos mesmos. A primeira mudança é retirar a atenção dos hospitais psiquiátricos; a segunda, desenvolver serviços comunitários de saúde mental; e a terceira, integrar os serviços de saúde mental na atenção de saúde geral. O grau de colaboração entre serviços de saúde mental e outros serviços não relacionados com a saúde, a disponibilidade de medicamentos psicotrópicos essenciais, os métodos de intervenções de saúde mental e os papéis dos setores público e privado na efetivação das intervenções, também são questões cruciais para a reorganização dos serviços. A criação de vínculos intersetoriais, especialmente entre serviços de saúde mental e organismos comunitários no nível local, são necessários para que a habitação apropriada, o apoio à renda, os benefícios aos incapacitados, o emprego e outras formas de suporte sejam mobilizados em favor dos pacientes e visando tornar as estratégias de prevenção e reabilitação mais efetivamente implementadas. O fechamento dos grandes hospitais psiquiátricos imediatamente pode não ser realizada. Como medida de curto prazo, isto é, até que todos os pacientes possam ser libertados na comunidade, com apoio comunitário adequado, será preciso redimensionar para menos os hospitais psiquiátricos, melhorar as condições de vida dos pacientes, treinar pessoal, estabelecer procedimentos para proteger os pacientes contra admissões involuntárias e tratamentos supérfluos e criar entidades independentes para monitorizar e revisar as condições hospitalares. Além disso, será preciso converter os hospitais em centros de tratamento ativo e de reabilitação.

Para tanto é necessário que os agentes finais de qualquer sistema de saúde assumam a responsabilidade por assegurar a elaboração e implementação de políticas de saúde mental, dando igual importância aos transtornos mentais quanto aos físicos, assegurando integração na atenção geral de saúde nos níveis de atenção primária, secundária e terciária; garantindo a consignação de fundos suficientes para compra dos psicotrópicos essenciais básicos e sua distribuição entre os diferentes níveis de atenção; investir tempo e energia na avaliação do número e dos tipos de profissionais e trabalhadores ligados à saúde mental, bem como treinamento e reciclagem constantes. Além é claro, como já foi relatado anteriormente, incentivar a reintrodução do indivíduo na comunidade, garantindo a ele ambientes favoráveis para sua construção como verdadeiros cidadãos.

Portanto, a meta final é o tratamento e atenção com base na comunidade. A atenção na comunidade está empenhada na emancipação de pessoas com transtornos mentais e comportamentais, além de abranger no sentido da provisão de uma série de estabelecimentos para atender às necessidades de saúde mental da população geral, bem como os grupos especiais tais como as crianças, os adolescentes, as mulheres e os idosos; com ampla variedade de serviços em contextos locais.

A atenção na comunidade como abordagem vem a ser:

- Tratamento na atenção primária;
- Serviços que estão próximos ao lar, incluindo programas de saúde ligados à comunidade (como o PSF), hospital geral para admissão de casos agudos e dependência residencial em logo prazo na comunidade;
- Intervenções relacionadas tanto com as incapacidades como com os sintomas;
- Tratamento e atenção específicos que atendem às necessidades das pessoas com transtornos mentais e comportamentais, garantindo acesso aos medicamentos psicotrópicos;
- Educação em saúde para a população;
- Monitorização da saúde mental na comunidade;
- Serviços que são coordenados entre profissionais de saúde mental capacitados e organismos da comunidade;
- Serviços mais ambulatoriais do que fixos, inclusive os que podem oferecer tratamento em casa;
- Parceria com provedores de atenção e atendimento das suas necessidades;
- Legislação em apoio dos aspectos da atenção mencionados.

As diversas experiências de sofrimento em saúde mental (surto, dependências, violência sexual) ocorrem nos espaços família e comunidade. Assim, são, muitas vezes, decorrentes da marginalização, exclusão social e disparidades sócio-econômicas.

A proximidade com o cotidiano da comunidade e o compromisso de uma atenção holística à saúde do indivíduo no ambiente em que ele vive, faz do Programa de Saúde da Família uma alternativa na busca da reabilitação deste indivíduo.

O objeto de ação é o núcleo familiar e o meio social. Um espaço onde o sujeito – cidadão vivencia seus problemas de ordem física, mental, neurológica ou psicológica. Tais problemas repercutem diretamente sobre os membros da família e a comunidade.

Neste contexto, o cuidado em saúde mental exige dos profissionais a criação de novos espaços para a saúde mental. Isso significa passar a agir em saúde mental ignorando as velhas estruturas e construir no cotidiano de trabalho uma nova possibilidade de atuação junto ao indivíduo e o meio em que ele vive.

Seja qual for a situação econômica de um país, haverá sempre a impressão de que são muito poucos os recursos para financiar atividades, serviços e tratamentos. Para a saúde mental, como para a saúde em geral, há que fazer escolhas dentre um grande número de serviços e uma ampla gama de estratégias de prevenção e promoção. Essas escolhas terão, naturalmente, diferentes efeitos em diferentes condições de saúde mental e diferente grupos populacionais necessitados. É importante, porém, reconhecer que é preciso, em última análise, fazer escolhas dentre estratégias-chaves, antes que entre transtornos específicos.

O movimento da Reforma Psiquiátrica traz em seu bojo uma crítica ao modelo clássico da Psiquiatria, às condições de trabalho e a ausência prestada aos doentes mentais. Aponta para um novo modelo, conforme Amarante (1991: 105) “Preventivo/Comunitário, considerado tecnicamente e socialmente mais humano, pois procura inverter as ordens da propriedade de recursos assistenciais, aproximando-os mais rigorosamente das demandas específicas da população”.

Modelo este que consiste na gradativa substituição do Sistema Hospitalocêntrico de cuidados às pessoas que padecem de sofrimento psíquico por uma rede integrada e variada serviços assistenciais de atenção sanitária e social, tais como ambulatórios emergências psiquiátricas em hospitais gerais, Hospitais-Dia, Hospitais-Noite, Centros de Convivência, Centros Comunitários, Centros de Atenção Psicossocial e outros.

Alguns avanços significativos foram conquistados, como a Lei número 10.216 de 06 de abril de 2001, de autoria do Deputado Paulo Delgado, o Serviço de Saúde Mental de Santos, o Hospital-Dia do Instituto Raul Soares e o Hospital-Dia de Itaúna.

Esses serviços se caracterizam como lugares de trabalho e elaboração. O Hospital – Dia, por exemplo, é um serviço multidisciplinar de atendimento baseado no Regime de Hospitalização em tempo parcial, ou seja, o paciente permanece no hospital durante um período do dia, tempo em que é atendido em uma programação terapêutica, retornando diariamente ao convívio familiar e social. Já no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) a assistência prestada ao paciente inclui atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social); visitas domiciliares; atendimento à família e oficinas terapêuticas (oficinas estas que tem como ótica a valorização do sujeito no seu meio social).

Essa mudança na forma de pensar do doente mental, no novo modo de acompanhar o usuário e suas necessidades individuais, melhorando sua qualidade de vida, é nosso grande desafio.

O CAPS é o resultado das grandes transformações organizacionais, técnicas e principalmente humana oriundo de movimentos históricos e atuais em favor do direito de viver com dignidade e respeito ao sujeito que é marcado pelo sofrimento mental. O CAPS é um Centro de Atenção Psicossocial, constitui em um serviço extra-hospitalar de assistência pública, estatal ou contratado, para atuar sobre os problemas de saúde mental, individual e coletivo. O CAPS I é estrutura com capacidade operacional para atendimento em município com população entre 20.000 a 70.000 (nosso município, Guanhães), prestando serviços ambulatorial de atenção diária. Para que funcione é necessário que disponha, no mínimo de uma área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar, funcionar no período de 08 às 18 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, atender no máximo 20 pacientes por turno. Recursos humanos: um médico com formação em saúde mental, um enfermeiro, três profissionais de nível superior (Psicólogo, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Pedagogo ou outro profissional) e quatro profissionais de nível médio. Recursos materiais: uma sede com recepção, salas de grupo, consultórios, sala de reunião, oficinas (de acordo com a demanda e realidade da região). De acordo com o Ministério da Saúde (1992), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são a porta de entrada da rede de serviços nas relações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e regionalizada. Um CAPS não é uma panacéia universal, por outro lado, os fenômenos psicológicos são sempre de grande complexidade, exigindo uma compreensão politicamente crítica e tecnicamente interdisciplinar para sua abordagem. A equipe do CAPS constitui-se como equipe técnica de assessoramento a Secretaria Municipal de Saúde, ao Conselho de Saúde e a Programas de Saúde que lhe sejam afins (Programa de Saúde da Família, ACS, etc.) tanto na definição das políticas

de saúde, como na articulação estratégica dos planejamentos na área social. Esta articulação com o CAPS propõe e coordena a política de saúde mental do município de porte médio e grande. Um CAPS é serviço de nova natureza integrado a sistema pré-existente, donde a exigência se torna uma urgência: os profissionais estão formados para atuação no sistema pré-existente e precisam reinventar sua formação simultaneamente com a criação e prática do novo serviço, que exige a integração a Sistemas primários e secundários de atenção, Integração a Sistemas de política social, acessibilidade local, garantindo os direitos da população em sua equidade universal perpassando pela multiplicidade de funções e técnicas naturais a existência do sujeito. Não constitui serviço destinado exclusivamente a psicótico agudos ou crônicos em fase aguda como são os serviços hospitalares, mas aos variados processos psíquicos de sofrimento mental, perda de autonomia e impedimento da vida satisfatória.

São objetivos do CAPS:

- Tratar transtornos, psicogênicos e/ ou organogênicos, cristalizados sob forma clinicamente reconhecida de doença mental.
- Oferecer contenção para crises psicológicas/ psiquiátricas e indicativos de crescimento pessoal a partir dela.
- Prevenir hospitalismo, desamparo e outras formas de alheamento, garantindo permanência dos vínculos familiares, sociais.
- Prevenir rotulação, estigma e cronificação do sujeito.
- Estimular redimensionamento crítico das relações com família, trabalho, vizinhança, sexualidade e política.
- Auxiliar na promoção de cidadania e na construção coletiva do bem estar.

CAPS produz vários tipos de ganhos:

1 – Ganhos Financeiros Diretos: O conjunto específico de serviços realizados e vendidos ao SUS, tais como consultas médicas, consultas de enfermagem, terapia ocupacional, visita domiciliar, etc.

2 – Ganhos Financeiros Indiretos: O conjunto de despesas evitadas, gerando economia para o mantenedor, tais como internações, cronificações, dispensações farmacológicas, etc. A prevenção do hospitalismo, dos transportes para cidade de maior porte, da iatrogenia para tranqüilizantes, entre outras possibilidades, alivia o sistema de custos desnecessários.

3 – Ganhos Sociais Diretos: O conjunto de problemas evitados ao Sistema produtivo humano, gerando produtividade geral e pessoal, que por sua vez, gera fundos para financiar o sistema de saúde. A prevenção de dias perdidos de trabalho, entre outras possibilidades, aumenta o poder de fomento de políticas sociais.

4 – Ganhos Sociais Indiretos: A prevenção e promoção de saúde, o estímulo à participação social a construção de identidades culturalmente positivas e integradas, a produção de uma capacidade crítica de reconhecer as próprias limitações e de questionar a autonomia, a esperança e a felicidade, que representam incomensurável valor da cidadania gerado por um CAPS. Consciência coletiva em relação ao portador do sofrimento mental.

No decorrer da história, percebem-se variadas visões do que seja saúde, doença, direitos e deveres sociais, subjetividade, fonte de determinação do psíquico. O CAPS incorpora a concepção qualitativa e busca compreender historicamente a emergência de outras concepções em sua clientela, possibilitando assim um bom relacionamento com todos os grupos sejam eles de quaisquer convicção religiosa e filosófica que marcam a comunidade. Ainda hoje, a atenção à saúde mental está restrita a um pequeno grupo de profissionais, por suas dificuldades e ou seus “mistérios”. Nasce aqui o valor deste trabalho: desmistificar a doença mental, articular profissionais de saúde dando-lhes subsídios, um ponto de partida, e um horizonte inclusive para a comunidade. Sabemos que nem todos os municípios têm condição de instalar sistemas mais complexos como o CAPS, mesmo assim é inadmissível que a única postura diante da saúde mental seja o transitar de ambulâncias para os hospícios das capitais. Desejamos salientar que, independente do grau de complexidade instalada, de um sistema de saúde e de um subsistema como o serviço de saúde mental, o mais importante é uma visão crítica, uma atitude receptiva e uma vontade política de enfrentar os problemas, tanto por parte do gestor e de todos os profissionais ligados aos programas de saúde da família inserido em sua realidade cotidiana e coletiva escritora da história humana. Este é o desafio das equipes e profissionais que buscam reabilitação física, psíquica e social do sujeito. Para gestores que acreditam que o vivenciar o real significado de cidadania independente de “perdas”, trás melhoria à vida de todos. Este projeto (estudo) visa aguçar e impulsionar aos gestores e a todas as equipes de profissionais para o compromisso com a cidadania preventiva e promotora da saúde dentro de um novo paradigma nas relações humanas: um paradigma que ultrapassa os signos e significados na construção de sujeitos semelhantes, mas portadores de seus próprios significantes.

### **7.2 – Metas:**

- Sensibilizar os gestores de saúde para a implantação do CAPS I, através de discussões e apresentação de dados levantados no trabalho.
- Conscientizar 100% das equipes de Saúde da Família do município sobre a necessidade de implantação do CAPS I e a importância e reorganizar a atuação destas na atenção aos portadores de doença mental, enquanto não ocorre a implantação do CAPS I.
- Sensibilizar em 100% os representantes comunitários e as entidades filantrópicas para atuarem como divulgadores deste novo serviço de assistência em saúde mental.
- Através deste projeto e com o apoio técnico da equipe do CAPS, dos profissionais de saúde da família e demais parcerias, melhorar as condições de assistência da população com distúrbio mental.

### **7.3 - Parcerias:**

- Serviço de Psicologia;
- Equipe de Saúde da Família;
- Conselho Municipal de Saúde;
- Alcoólicos Anônimos;
- Representantes das Organizações populares;
- Outros profissionais da saúde inseridos no município;
- APAE;
- Pastoral da Saúde.

### **7.4 - Avaliação:**

- Reunião com os gestores municipais para analisar a viabilidade da proposta de implantação do CAPS I;
- Reunião para constatar se houve adesão das parcerias e dos profissionais de saúde da família e outros neste processo;
- Avaliar através de encontros mensais ação da equipe do PSF no processo de viabilização de implantação do CAPS I;

## **8 – Considerações Finais:**

Estamos cientes de que o interesse à implantação do CAPS I em nosso município não se dará de forma ágil e fácil. No decorrer dessa, várias outras surgirão o que poderia até mesmo inviabilizar a nossa proposta. Isso, porque todo processo de mudança gera consigo, medo, desconfiança e conseqüente resistência. Soma-se a isso, questões políticas como: desinteresse, descaso, desvalorização das propostas vindas de “baixo por cima”.

Assim consideramos que a implantação do CAPS I poderá até mesmo não ser efetivada. Diante desse contexto, enquanto profissionais comprometidos com a Estratégia de Saúde da Família e a saúde da comunidade, julgamos necessário e viável uma reordenação da atenção em saúde mental em nossas equipes. Para tal, consideramos imprescindíveis o recadastramento confiável dos nossos doentes mentais e reorganização da atenção aos mesmos frente à comunidade, mas cabe também trabalhar todos os estigmas que permeiam a saúde mental no imaginário popular, isso a fim de buscar maior esclarecimento da população, maior participação da família, e a reinserção social dos nossos “loucos”. É certo que por mais criativos que sejamos as Equipes de Saúde da Família não poderá trabalhar sem o suporte dos serviços de apoio.

Os resultados deste estudo nos permitiram verificar a inadequação dos meios em que estamos utilizando no atendimento ao portador de doença mental. Os estudos de validação do diagnóstico do município de Guanhães em atenção a saúde mental está em ritmo crescente e muitos esforços têm sido despendidos para que esse modelo seja realizado, principalmente por aqueles que acreditam na Reforma Psiquiátrica, para proporcionar assim uma melhor qualidade da assistência prestada aos pacientes. Guanhães é uma cidade de Micro Região, por isso necessita de uma adequação das características definidoras e fatores relacionados dos diversos diagnósticos em saúde mental. Desse modo, podemos afirmar que o CAPS I constitui-se de uma opção viável e necessária para a resolução de dificuldades, tendo como principal suporte o compartilhar das experiências vivenciadas em outros municípios.

## 9 - Referências Bibliográficas:

- 1 - **AEMELIN, M.V.A.L. ; SCATENA, M.C.M.;** A Importância do Apoio Emocional às Pessoas Hospitalizadas: O Discurso da Literatura, NURSING Revista Técnica de Enfermagem.n. 31. p. 22 – 25, Dezembro 2000.
- 2 - **BANDEIRA M. ; GELINAS D.** et al. Desinstitucionalização: O Programa de Acompanhamento intensivo na Comunidade. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, dezembro 1988; vol. 47.
- 3 - **CARNEIRO E. L., PAULA E.M.G.** et al. Programa de Saúde da Família – Responsabilidade de Todos. Trabalho de Planejamento e Gestão em Saúde do Curso de Especialização em Saúde da Família – Projeto Veredas de Minas. Junho de 2002.
- 4 – **FELIZ, V.C. S.;** et al. Trabalho com Grupo de Auto – Ajuda: Uma Experiência com Alunos do Curso de Mestrado, NURSING Revista Técnica de Enfermagem, São Paulo, n. 43, p. 23 – 28, Dezembro 2001.
- 5 – **FIGUEIREDO, A.C. , CAVALCANTI, M.T. ,** A Reforma Psiquiátrica e os Desafios da Desinstitucionalização. Contribuição à III Conferência Nacional de Saúde, dezembro 2001.
- 6 – **SAMPAIO, J.J.C. ; BARROSO, C.M.C.** Manual de Organização dos Centros de Atenção Psicossocial. Disponível em: [www.discovernet.com.br/saudequixada/producao.html](http://www.discovernet.com.br/saudequixada/producao.html) Acesso 06 fev. 2003.
- 7- **SILVA, M.A.A. ; OLIVEIRA E.M.;** et al. Organização da Nova Rede da Atenção à Saúde Mental do município de Sobral. Revista SANAREI Nº 2, Sobral.
- 8 – **VIANNA, P.C.M. ; BARROS, S.** O Processo Saúde – Doença Mental: A Exclusão social. Belo Horizonte – MG, v. 6, n. ½, p. 86 – 90, Janeiro 2002.



## 11. ANEXOS

### 11.1 ANEXO 01

**Tabela - 1**

**DIVISÃO POR FAIXA ETÁRIA DOS PACIENTES QUE NECESSITAM  
DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE GUANHÃES  
2002**

<b>FAIXA ETÁRIA</b>	<b>Nº ABSOLUTO</b>	<b>Nº RELATIVO</b>
5a - 18a	91	9,41%
19a - 59a	704	72,43%
60a e +	177	18,16%

Fonte: Setor de Psicologia/ Guanhões

**Tabela - 2**

**SERVIÇO DE PSICOLOGIA 2002 – ANUAL**

<b>SEXO</b>	<b>DEMANDA FAMILIAR OU PESSOAL</b>	<b>DEMANDA ESCOLAR</b>	<b>DEMANDA MÉDICA</b>	<b>TOTAL</b>
Masculino	37	53	44	134
Feminino	64	16	80	160
<b>Total</b>	101	69	124	294

Fonte: Serviço de Psicologia/ SMS de Guanhões – 2002

**Tabela - 3**

**CLASSIFICAÇÃO DA CLIENTELA**

<b>SEXO</b>	<b>04 A 10 ANOS</b>	<b>11 A 17 ANOS</b>	<b>18 A 25 ANOS</b>	<b>25 ANOS E MAIS</b>
Masculino	57	29	8	16
Feminino	39	28	30	54
<b>Total</b>	96	57	38	70

Fonte: Serviço de Psicologia/ SMS de Guanhões – 2002

**Tabela - 4**  
**NÚMERO DE PESSOAS CADASTRADAS USO CONTÍNUO DE MEDICAMENTOS**  
**ABRIL A DEZEMBRO DE 2002 POR SEXO**

SEXO	TOTAL
Masculino	370
Feminino	602
<b>TOTAL</b>	<b>972</b>

Fonte: Serviço de Psicologia/ SMS de Guanhães – 2002

**Tabela 5**  
**NÚMERO DE PESSOAS CADASTRADAS USO CONTÍNUO DE MEDICAMENTOS**  
**ABRIL A DEZEMBRO DE 2002 POR FAIXA ETÁRIA**

FAIXA ETÁRIA	TOTAL
05 A 18 ANOS	85
19 A 59 ANOS	654
ACIMA DE 60 ANOS	164

Fonte: Serviço de Psicologia/ SMS de Guanhães

**Tabela - 6**  
**DISTRIBUÍDOS DE MARÇO A DEZEMBRO/ 2002**

Biperideno 2 mg	6200
Carbonato de lítio 300 mg	2250
Clanazepan 2 mg	100
Clorpramazina 100 mg	3200
Haldol (decanoato)	140
Haldol 5 mg	7500
Pamelor 10 mg	60
<b>TOTAL</b>	<b>19450</b>

Fonte: Serviço de Psicologia/ SMS de Guanhães

Tabela - 7

**NÚMERO DE PESSOAS CADASTRADAS USO CONTÍNUO DE MEDICAMENTOS  
ABRIL A DEZEMBRO DE 2002**

<b>SEXO</b>	<b>TOTAL</b>
Masculino	370
Feminino	602
<b>TOTAL</b>	<b>972</b>
<b>FAIXA ETÁRIA</b>	<b>TOTAL</b>
05 A 18 anos	85
19 A 59 anos	654
Acima de 60 anos	164

Fonte: Serviço de Psicologia/ SMS de Guanhães

Quadro 01

**EXPANSÃO DA REDE DE CAPS NO PAÍS DESDE 1996**

<b>ANO</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>
<b>Nº DE CAPS</b>	154	176	231	237	253	295	382

## 11.2 ANEXO 02

Tabela -8

**ATENDIMENTOS – 2002 EM PSF NO MUNICÍPIO DE GUANHÃES**  
**COM DIAGNÓSTICO DE “CONTROLE MENTAL”**

<b>PSF's</b>	<b>ATENDIMENTO GERAL</b>	<b>“CONTROLE MENTAL”</b>
REGIONAL VI	4138	160 – 3,8%
REGIONAL VII A	7167	419 – 5,8%
REGIONAL VII B	3899	248 – 6,3%
PITO	3749	125 – 3,3%
CORRENTINHO	4366	224 5%
ALVORADA	4067	594 – 14,6%
FARIAS/ TAQUARAL	3651	138 – 3,7%
<b>TOTAL</b>	<b>31037</b>	<b>1908</b>
<b>% GERAL</b>	<b>100%</b>	<b>6%</b>

Fonte: Fichas de Atendimentos dos PSF's

Tabela – 9

**FICHA “A” DO SIAB – NÚMERO DE CADASTROS “PORTADOR DE DOENÇA MENTAL”**

<b>PSF'S</b>	<b>Nº DE CADASTRADOS</b>
PSF Regional VI	54
PSF Regional VIIA	40
PSF Regional VIIB	54
PSF Pito	30
PSF Correntinho	63
PSF Farias/ Taquaral	36
PSF Alvorada	109
<b>TOTAL</b>	<b>386</b>

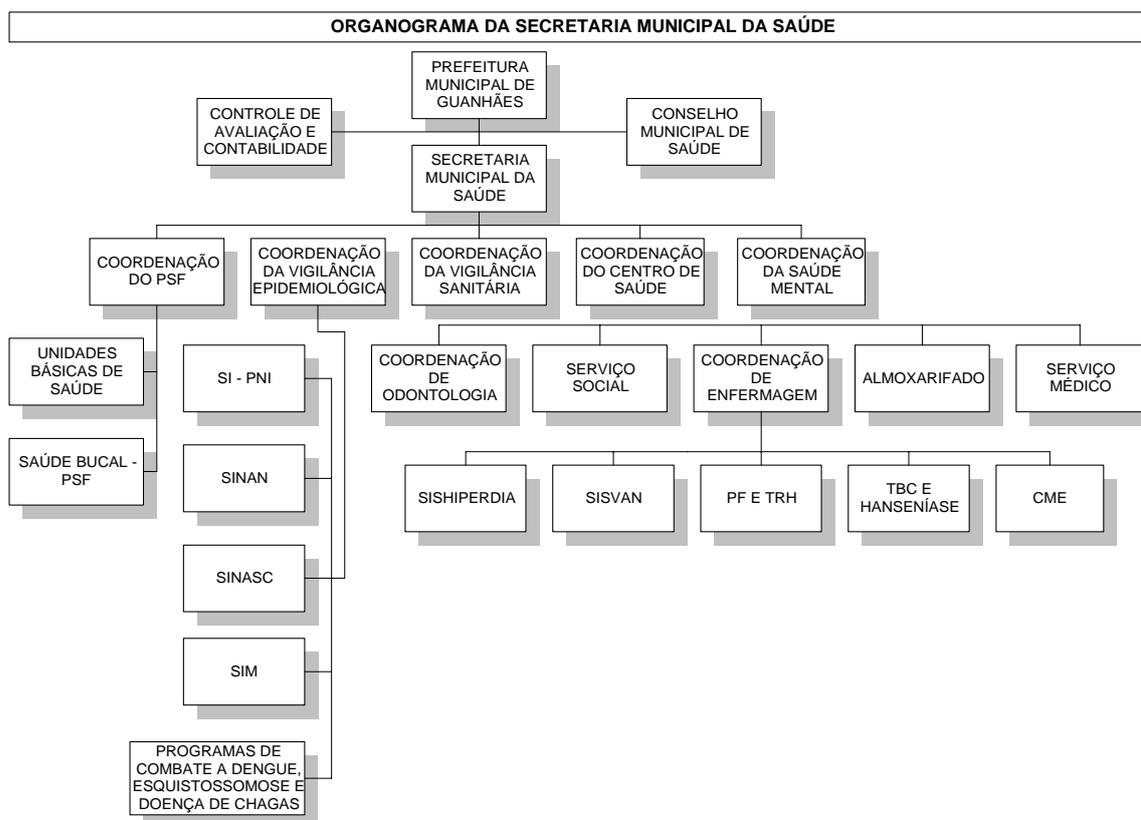
Fonte: Fichas de Atendimentos dos PSF's

## 11.3 ANEXO 03

## Modelos Assistenciais

	<b>SUS</b>	<b>NÃO SUS</b>
<b>POLÍTICO</b>	. Universal (saúde como direito de todos, justiça social).	Excluyente (saúde não é vista como direito, injustiça)
	. Regulamentado na Constituição	Sem lei ( lei do mais forte)
<b>ORGANIZACIONAL</b>	Descentralização - competência e atribuições.	Centralizado
	Participativo	Não participativo
	Hierarquização - Regionalização	Lógica de mercado
	Centrada na rede básica/ambulatório	Centrada em hospitais
	Pública (bem comum, interesse público)	Privada
	Comando único	Comando financiador
	Municipalização	Convênios, pagamento por produção
	Informação / transparência	Desinformação
<b>TECNOLÓGICO</b>	Epidemiológicos, planejados	Clínico/ curativo
	Preventivo/ Promoção	
	Consciência da população	Não sistemático
	Intersetorialidade	
	Coletivo	Individual
	Integralidade	Saúde: ausência de doença
	Saúde: Conceito de vida	
	Equidade	Inequidade
Complementariedade do serviço privado		

## 11.4 ANEXO 04



## 11.5 ANEXO 05

**PRINCIPAIS CAUSAS DE ÓBITOS OCORRIDOS NO MUNICÍPIO DE  
GUANHÃES/ 2002**

<b>DOENÇAS</b>	<b>%</b>
Doenças do Sistema Circulatório	27%
Doenças do Aparelho Respiratório	15%
Neoplasia	13%
Causas Mal definidas	13%
Causas Externas	9%
Aparelho do Sistema Digestivo	5%
Outras Causas	5%

Fonte: SMS – Guanhães/VE

**ÓBITOS EM MENORES DE 1 ANO GUANHÃES – 2002**

<b>Causa (CID10 BR)</b>	<b>&lt; 1<sup>A</sup></b>
<b>ALGUMAS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS</b>	1
Outras Doenças bacterianas	1
Septicemia	1
<b>DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO</b>	1
Restante das doenças do S. Nervoso	1
<b>DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO</b>	3
Pneumonia	1
Restante das doenças do Aparelho Respiratório	2
<b>ALGUMAS AFECÇÕES ORIGINADAS NO PERÍODO NEONATAL</b>	3
Transtornos relacionados com duração da gestação e crescimento fetal	2
Transtornos respiratórios e cardiovasculares espec per perinatal	1
<b>MAF CONGÊN, DEFORM E ANOMAL CROMOSSÔMICAS.</b>	1
Malformações congênitas do sistema nervoso	1
Outras	-10
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>

Fonte: SIM/ VE