

CRISTIAN RODRIGO FERNANDES DOS ANJOS

**ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, NO
MUNICÍPIO DE MONTE AZUL-MG.**

MONTE AZUL/MINAS GERAIS

2010

CRISTIAN RODRIGO FERNANDES DOS ANJOS

**ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, NO
MUNICÍPIO DE MONTE AZUL-MG.**

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

Orientadora: Maria Dolôres Soares Madureira

MONTE AZUL/ MINAS GERAIS

2010

CRISTIAN RODRIGO FERNANDES DOS ANJOS

**ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, NO
MUNICÍPIO DE MONTE AZUL-MG.**

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

Orientadora: Maria Dolôres Soares Madureira

Banca Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte ____/____/____

Este trabalho é dedicado aos meus colegas de trabalho do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) de Monte Azul – MG, em especial as queridas colegas de trabalho a psicóloga Nadine e a assistente social Emanuelle, pela amizade e conhecimentos compartilhados em que assim me fez e faz crescer a cada dia.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, meus familiares, e todos os meus colegas de trabalho ao qual um dia estive junto a eles, digo aos amigos de Santo Antônio do Retiro, Ailssom Fabiano, Farley Eleandro, Daniela Silva, Wagner Silva, Natalia Araújo, Geraldo Junior e Ivanete Cordeiro. Obrigado por tudo, e por todos os momentos vividos juntos. Valeu à pena ate aqui, espero estar junto de vocês sempre. Que deus os abençoe sempre por tudo que fizeram por mim.

Cada um de nós deve apreciar as diferentes concepções existentes sobre os portadores de sofrimento mental. Contudo, antes de concluir algo, faça o mais importante: veja por si mesmo. Experimente: no CAPS, na Unidade Básica, no Hospital, na Visita Domiciliar, na rua, nas associações de usuários, seja onde for – *fale com eles*.

PEDRO GABRIEL GODINHO DELGADO

RESUMO

Este estudo tem por objetivo realizar uma análise do atendimento de saúde mental na atenção primária à saúde e Estratégia Saúde da Família no município de Monte Azul e elaborar uma proposta de implantação do Centro de Apoio Psicossocial. Trata-se de um estudo realizado em três etapas: levantamento de literatura sobre o tema em artigos, livros, internet e documentos oficiais, análise do diagnóstico da situação de saúde mental no município a partir do sistema de informações da atenção básica do município (SIAB) e proposta de intervenção.

Percebe-se assim que é fundamental para garantir a implementação da assistência humanizada de saúde mental no programa de saúde da família à capacitação e educação permanente para estes profissionais, pois o caminho para a humanização da assistência é a qualificação profissional onde as velhas práticas são substituídas e reinventadas. Dentro dessa ótica, este trabalho propõe uma análise de como a educação em saúde poderá contribuir para implementação da assistência humanizada de saúde mental no programa de saúde da família. O CAPS, assumindo um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados, possibilitará o direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental, desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, dispensando medicamentos, encaminhando e acompanhando usuários, assessorando e sendo retaguarda para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar. Espera-se que esta publicação contribua para que esses serviços se tornem cada vez mais promotores de saúde e de cidadania das pessoas com sofrimento psíquico.

Palavras chaves: Saúde mental, Programa de saúde da família, centro de atenção psicossocial.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APAE: Associação de Pais e Amigos de Excepcionais

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CESARMS: Centro de Referência em Saúde Mental

CRAS - Centro de Referência da Assistência Social

CREAS - Centro de Referência de Especialidades da Assistência Social

ESF – Equipe de Saúde da Família

ESF: Estratégia Saúde da Família

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS: Organização Mundial de Saúde

PACS: Programa de Agente Comunitário de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS: Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

Abstract

The aim of this study is to analyze the mental health care in the primary ATTENTION to health and Family Health Strategy in the municipality of Monte Azul and a proposal for the implementation of the Psychosocial Support Center. The study and research is in three stages: Literature review on the subject in articles, books, internet and official documents, analysis of the situation diagnosis of mental health in the municipality from the ATTENTION system gives basic information of the municipality (SIAB) and a proposal of intervention separately.

Humanized assistance services had no Family Health Program and education of professionals is permanent, or the way for a humanization of assistants and a professional qualification where the old practices are replaced and reinvented.

Within this work an education has been analyzed as to contribute to health in the implementation of humanized assistance services in the Family Health Program. The CAPS, assuming a strategic role in the organization of the community care, local orientation facilitates policies and programs of Mental Health, projects involving therapeutic and community medicine dispensing, guiding and accompanying users, and the work being carried out for two Agents of Community Health and Family Health Teams in home care. Wait, is that this contributes to the publication of these services every time I returned it advocates Citizenship and health of people with mental suffering.

Keywords: Mental health, Family Health Program, the center of ATTENTION psychosocial

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. JUSTIFICATIVA	15
3. OBJETIVOS	16
4. PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS	17
5. REVISÃO DE LITERATURA	18
5.1. Os CAPS na rede de atenção à saúde mental	22
5.2. O surgimento dos CAPS.	23
5.3. Relação dos CAPS com a rede básica de saúde	25
5.4. Equipe profissional do CAPS	27
6. CONTEXTUALIZANDO OS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO	29
6.1. Caracterização do município de Monte Azul	29
6.2. Diagnóstico de casos por micro áreas	31
7. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	36
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
9. REFERÊNCIAS	39

1. INTRODUÇÃO

Minas Gerais sempre esteve presente no cenário nacional da Reforma Psiquiátrica, sobretudo a partir da realização do III Congresso Mineiro de Psiquiatria, em 1979. Produções mineiras deste período, como as reportagens: nos *Porões da Loucura* de Hiram Firmino, e o filme *Em nome da razão* de Helvécio Ratton, chocaram a opinião pública, divulgando as condições desumanas dos hospitais. Fortaleceu-se então a organização dos trabalhadores mineiros de Saúde Mental (CAMPOS, 1998)

Nesta época, Minas, como outros Estados do Sudeste, mantinham um grande número de hospitais psiquiátricos, concentrados, sobretudo em Belo Horizonte, Barbacena e Juiz de Fora. Também como em outros Estados, estes eram praticamente os únicos recursos assistenciais.

Ocorreram, a partir de então, uma série de debates e seminários sobre a realidade do que se passava dentro dessas instituições. Era preciso humanizar os hospitais psiquiátricos e ao mesmo tempo, criar novas modalidades de cuidado que gradativamente nos permitissem prescindir da sua existência.

Durante os anos 80, os hospitais psiquiátricos do Estado, principalmente os públicos, deram início a um processo de humanização da assistência. Ao mesmo tempo, no contexto de uma Reforma Sanitária que já incentivava as ações de saúde em nível básico, promoveu-se a locação de equipes de Saúde Mental nos Centros de Saúde, por meio da implantação do Programa de Saúde Mental da Secretaria de Estado de Saúde (MINAS GERAIS, 2006).

Nos anos 90, deu-se um passo de grande importância: a Coordenação Estadual de Saúde Mental conduziu uma auditoria técnica nos 36 hospitais mineiros cuja capacidade instalada era de com 8.087 leitos na época. Obtendo dados precisos, esta auditoria revelou a precariedade de suas condições de funcionamento, tanto em relação às estruturas físicas quanto à assistência prestada. Não havia alternativa à internação, a não serem alguns ambulatorios especializados em psiquiatria, sem agilidade e eficácia em suas ações (MINAS GERAIS, 2006).

A organização independente dos trabalhadores de Saúde Mental, que passaram a realizar encontros estaduais em diferentes municípios mineiros, favoreceu em muito a transformação

da situação da Saúde Mental no Estado. A Associação Mineira de Psiquiatria, então assumida por setores progressistas da área, mostrou-se solidária com as novas propostas.

Essa movimentação ganhou impulso com a Lei nº 10216 da Reforma Psiquiátrica, conhecida como lei Paulo Delgado, aprovada em 6 de abril de 2001 no Congresso Nacional Brasileiro, por meio de intensa mobilização dos segmentos envolvidos. Esta lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, determinando a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada e formada por núcleos de atendimentos, como redes de apoio, hospitais-dia (BRASIL, 2004).

Vale ressaltar que no início dos anos 90, os usuários e os familiares passaram a participar ativamente da luta antimanicomial, juntamente com os trabalhadores da saúde mental, constituindo suas próprias associações, e também atuando no Fórum Mineiro de Saúde Mental, núcleo mineiro do Movimento da Luta Antimanicomial. Iniciou-se, então, a implantação de um modelo assistencial em Saúde Mental com questionamento ao hospital psiquiátrico em vários municípios, que prestam uma assistência integral aos portadores de sofrimento mental com quadros graves e persistentes. A partir de então, várias cidades, em ritmos diversos, vêm implantando serviços e ações substitutivas ao hospital psiquiátrico (CAMPOS, 1998; MINAS GERAIS, 2006).

No ano 2000, a III Conferência Estadual de Saúde Mental elaborou diretrizes coerentes e claras para a política de Saúde Mental.

A realização dos Encontros de Serviços Substitutivos de Saúde Mental, promovidos pelos movimentos sociais com o apoio de órgãos públicos e de conselhos de classe, vem permitindo a discussão e o aprimoramento da Reforma Psiquiátrica (MINAS GERAIS, 2006).

Atualmente, respeitando as diretrizes e as propostas da III Conferência Nacional de Saúde Mental, a Secretaria de Estado de Saúde vem construindo, juntamente com os municípios, a rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos. A título de exemplo, a capital mineira Belo Horizonte destaca-se nacionalmente ao mostrar como um grande centro urbano pode instituir uma mudança profunda na relação com os portadores de sofrimento mental, oferecendo-lhes tratamento digno e lugar na cidade.

O Estado de Minas Gerais possui hoje mais 20.000.000 habitantes em 853 municípios. Uma estimativa de 1 a 3% da população apresenta transtornos mentais graves, severos ou persistentes e 600.000 pessoas estão estimadas a desenvolver transtornos mentais graves. Nos serviços da rede dos serviços atuais de saúde mental na rede SUS de Minas Gerais estão cadastradas e em tratamento aproximadamente 250.000 pessoas, esta é a estimativa atual. O Estado conta com 80 serviços substitutivos credenciados junto ao Ministério da Saúde, mais de 30 Serviços Residenciais Terapêuticos (moradias), em torno de 23 Centros de Convivência, 350 equipes de Saúde Mental na atenção primária à saúde, aproximadamente 10 associações de usuários e de familiares. Em 102 cidades contam-se com 154 CAPS credenciados ao SUS em 72 micros regiões de saúde em todo estado de Minas Gerais, 57% da população é assistida em 3.700 equipes de saúde da família. Contam-se também com 42 projetos em andamento de aprovação dentro do serviço de saúde mental. Contudo, temos ainda vazios assistenciais em algumas regiões do estado. Esses dados mostram que o crescimento do número de serviços abertos em Saúde Mental vem sendo acompanhado e tendo uma diminuição expressiva do número de leitos em hospitais psiquiátricos (MINAS GERAIS, 2005; MINAS GERAIS, 2006).

A criação de um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) no Município de Monte Azul, localizado no norte de Minas, cuja população já passa dos 20 mil habitantes e sendo referência para mais de 53 mil habitantes, pois é uma sede de microrregião de saúde bipolar juntamente com Janaúba, justifica-se pelo número significativo de pessoas com transtornos mentais, que segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde de Monte Azul de 2010, constituem-se em 4% do total de sua população. Algumas condições contribuem para a implantação do CAPS, tais como: existência de estrutura física e profissional básica e fichas de cadastros de todos os pacientes, acompanhamento mensal dos mesmos, encaminhamentos e atendimentos clínico e terapêutico. Também se encontra em processo de aprovação um projeto de serviço de centro de convivência para uma melhoria do serviço e recuperação oferecida a alguns pacientes com transtornos mentais, leves.

Uma pesquisa feita por acadêmicos do Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial das faculdades Ibituruna de Montes Claros - MG-2007 revelou a falta de preparo dos profissionais para o atendimento dessa clientela, apesar de que hoje conta-se no município com uma equipe básica de atenção a saúde mental e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (OLIVEIRA; SOUZA, 2007).

Diante do exposto, este trabalho tem como finalidade realizar uma análise do atendimento de saúde mental na atenção primária à saúde e estratégia saúde da família no município de Monte Azul que servirá de subsídios para implantação de futuros projetos de melhoria na rede assistencial à saúde mental na cidade e região.

2. JUSTIFICATIVA

Este trabalho pretende fazer uma breve análise do serviço de saúde mental na estratégia de saúde da família, no município de Monte Azul-MG, na sua atual conjuntura.

Sendo assim como falta uma atenção prioritária especializada e necessária aos portadores de transtornos mentais esse trabalho é feito atualmente na sua maioria com encaminhamentos a outras cidades de referência para CAPS e serviço ambulatorial. Contamos com uma assistência de saúde primária quando necessário de profissionais do NASF: Psicologia, Assistência Social, Enfermagem, farmácia, fonoaudiologia, nutrição e Medicina. Ainda contamos com a assistência do CRAS (Centro de Referência da Assistência Social), CREAS (Centro de Referência de Especialidades da Assistência Social), polícia militar e civil, promotoria pública, e todo serviço e profissionais da secretaria municipal de saúde e Hospital e Maternidade Nossa Senhora.

Tendo em vista a implantação do CAPS para uma melhoria da atenção a estes pacientes tão especiais e levando em conta também a falta de preparo e acreditação de alguns profissionais da atenção primária à saúde para lidar com estes usuários portadores de Sofrimento Mental, venho assim com esse estudo analisar toda situação atual, para possíveis melhorias no serviço prestado a esses pacientes tão especiais do município como o que já vem sendo feito como capacitação de todos profissionais envolvidos no serviço de saúde mental do município desenvolvido em vários momentos separadamente dependendo de sua formação e atuação assim melhoraria o conhecimento e todo o serviço oferecidos aos pacientes família e profissionais da saúde mental.

3. OBJETIVOS

- Realizar um diagnóstico do atendimento de saúde mental na atenção primária à saúde e Estratégia Saúde da Família no município de Monte Azul.
- Elaborar uma proposta de implantação do Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) no município de Monte Azul.

4. PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS

Inicialmente foi realizado um levantamento da literatura sobre o tema em artigos, livros, internet e documentos oficiais. Para a realização do diagnóstico da situação de saúde mental no município de Monte Azul, foram elaboradas etapas: levantamento de dados a partir do sistema de informações da atenção básica do município (SIAB), apresentação destes em gráficos. Após análise dos resultados elaborou-se uma proposta de intervenção.

5. REVISÃO DE LITERATURA

Os chamados “loucos” ou “doentes mentais” geralmente são personagens conhecidos, sobretudo através da palavra alheia. O nosso encontro com eles costuma serem precedidos de uma série de visões, retratos, testemunhos, sempre feitos por outros.

Os técnicos ou especialistas, quando afirmam saber tudo sobre o assunto, na verdade, baseiam-se num conhecimento adquirido pela observação e pela classificação dos ditos doentes mental dentro do manicômio – ou seja, em condições artificiais, isolados do seu contexto social e familiar.

As pessoas em geral, os leigos, por outro lado, dizem nada saber a esse respeito, mas imaginam os loucos como pessoas perigosas e incompreensíveis, alheios ao contato com outros seres humanos. Ora, o mesmo caldo de cultura que originou o manicômio criou também os pretextos para a sua existência, disseminando os mitos da periculosidade e da incapacidade dos portadores de sofrimento mental (AMARANTE, 1995).

Sem dúvida, eles nos dizem coisas muito estranhas. Sentem-se comandados telepaticamente por outras pessoas, ou teleguiados pela TV ou Internet. Escutam vozes que lhes dão ordens de forma ameaçadora e hostil. Acreditam-se perseguidos como objetos de complôs, experiências científicas, assédios sexuais. Sofrem interferências em seu próprio pensamento: bloqueios, interrupções, invasões de idéias alheias.

Essas experiências os deixam inquietos e atormentados. São levados a dizer e a fazer coisas disparatadas; transtorna-se o seu sono, o apetite, a sexualidade. Os familiares, os vizinhos, os amigos, e também a comunidade ficam perturbados e perplexos ao vê-los assim.

Tais problemas, naturalmente, requerem uma abordagem.

O nascimento da ciência moderna parecia prometer-nos soluções adequadas e racionais. Entretanto, pode-se verificar a grande estupidez da nossa razão, na forma pela qual vem lidando com a loucura (MINAS GERAIS, 2006).

Afinal, como reagirá uma pessoa que se julga perseguida, se a internam sumariamente, sem escutar seus argumentos nem tentar argumentar com ela. Se alguém se julga cobaia de experimentos científicos, como se sentirá quando é tratado meramente como objeto de

pesquisa e principalmente, se estas pessoas se sentem guiadas e dominadas por forças alheias, o que pode acontecer quando de fato decidimos o seu destino, abusando da força.

Quando alguém enlouquece, pode começar a desconfiar dos outros sem motivos compreensíveis? É possível.

O marco institucional da assistência psiquiátrica brasileira foi à criação do Hospital Psiquiátrico Pedro II, em 1852, na cidade do Rio de Janeiro. Nos anos seguintes, instituições públicas semelhantes foram construídas em São Paulo, Pernambuco, Bahia, Minas Gerais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O discurso médico, representado pela jovem Sociedade de Medicina brasileira de então, ressaltava a necessidade de um tratamento nos moldes já praticados na Europa. Assim, também no Brasil, a ideologia da instituição psiquiátrica tendeu desde o início para a exclusão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Ao fim da década de 50, a situação era grave nos hospitais psiquiátricos: superlotação, deficiência de pessoal, maus-tratos grosseiros, falta de vestuário e de alimentação, péssimas condições físicas, cuidados técnicos escassos e automatizados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A má fama dos grandes hospícios públicos possibilitou a entrada da iniciativa privada nessa área. A partir do golpe militar de 64, até os anos 70, proliferaram amplamente clínicas psiquiátricas privadas conveniadas com o poder público, obtendo lucro fácil por meio da “psiquiatrização” dos problemas sociais de uma ampla camada da população brasileira. Criou-se assim a chamada “indústria da loucura” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

No final dos anos 80, o Brasil chegou a ter cerca de 100.000 leitos em 313 hospitais psiquiátricos, sendo 20% públicos e 80% privados conveniados ao SUS, concentrados principalmente no Rio de Janeiro e em São Paulo e em Minas Gerais. Os gastos públicos com internações psiquiátricas ocupavam o 2º lugar entre todos os gastos com internações pagas pelo Ministério da Saúde. Eram raras alternativas de assistência – mesmo as mais simples, como o atendimento ambulatorial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Também se estabeleceu a divisão entre uma assistência destinada aos indigentes – recebidos pela rede pública – e outra aos previdenciários e seus dependentes encaminhados aos hospitais

privados conveniados. De qualquer forma, as condições dos hospitais, privados ou públicos, continuavam extremamente precárias. Além disso, o poder público não exercia qualquer controle efetivo da justificativa, da qualidade e da duração das internações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Denúncias e críticas diversas a essa situação surgem no Brasil nos anos 70. Diversos segmentos sociais se organizaram nessa época, ao longo do processo de redemocratização do país. Nesse contexto, segundo Cesar Campos, o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental começou a tomar corpo: trabalhadores da área se organizaram, apontando os graves problemas do sistema de assistência psiquiátrica do país, e propondo formas de trabalho que pudessem romper com esse modelo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O Movimento da Luta Antimanicomial sustentado, principalmente, pela Lei Paulo Delgado, contribuiu para alguns avanços no Brasil, como a desospitalização de vários portadores de sofrimento mental, um número menor de leitos nos hospitais psiquiátricos, e a implantação de serviços substitutivos ao modelo manicomial em diversos municípios, através do trabalho interdisciplinar, possibilitando o resgate da cidadania e suas conseqüências sobre a “forma de pensar, conviver, intervir sobre a loucura na cidade” (CAMPOS, 1998, p. 9).

Foi essencial, naquele momento, a interlocução com os movimentos de outros países – particularmente, com a importante experiência italiana da psiquiatria democrática, examinada anteriormente nesta Linha-Guia¹. Um marco decisivo daquela época foi o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, ocorrido em Belo Horizonte, em 1979: com a presença de convidados internacionais do quilate de Franco Basaglia e Robert Castel, e a participação de usuários, familiares, jornalistas, sindicalistas, a discussão ampliou-se além do âmbito dos profissionais de Saúde Mental, atingindo a opinião pública de todo o país (CAMPOS, 1998; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Evidentemente, vários atores, tendências e evoluções se constituíram a partir daí. Contudo, adquiriu grande força no Brasil a concepção de uma Reforma Psiquiátrica mais incisiva. Esse foi o caminho tomado pelo Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, cujo II Encontro, em Bauru, 1987, criou a famosa palavra de ordem por uma sociedade sem manicômios, abrindo caminho para o nascimento do movimento da luta antimanicomial. Este movimento continuou seus avanços, agregando novos atores, sobretudo familiares e usuários – tornando-se assim, a partir dos anos 90, um verdadeiro movimento social. Sua força, aliada à de outros

parceiros, pressionou o Estado Brasileiro para a implementação de políticas públicas de Saúde Mental que representaram ganhos importantes (CAMPOS, 1998; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Não podemos deixar de sublinhar a importância da Reforma Sanitária Brasileira, com as conquistas da Constituição de 1988 (por exemplo, a definição ampliada da Saúde, afirmada como direito e dever do Estado), a criação e a consolidação de um Sistema Único de Saúde, a valorização de conceitos como descentralização, municipalização, território, vínculo, responsabilização de cuidados, controle social e outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Vale citar alguns marcos importantes no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira. Quanto ao fechamento progressivo dos hospitais psiquiátricos, verifica-se que eram mais de 100.000 leitos em 313 hospitais no início dos anos 80; são agora 44.067 ainda cadastrados no SUS, em 231 hospitais – ou seja, o número de leitos foi reduzido em mais da metade. Vemos, ainda, que o ritmo dessa redução tende a aumentar nos últimos anos: de 2003 a 2004 foram fechados 16 hospitais, que contavam com 5.000 leitos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Vejamos os dados apresentados quanto à implantação da rede substitutiva. Em 1996, havia 154 CAPS cadastrados junto ao Ministério da Saúde; atualmente, são 6123. Sua distribuição regional é a que se segue: 32 no Norte, 136 no Nordeste, 37 no Centro-Oeste, 277 no Sudeste e 129 no Sul. Quanto aos Serviços Residenciais Terapêuticos (moradias protegidas), são hoje 301, distribuídas em 9 Estados. Quanto ao auxílio-reabilitação do Programa de Volta Para Casa, é atualmente recebido por 1.016 pessoas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Qualquer interpretação mais cuidadosa destes dados exigiria um trabalho que extrapola os objetivos desta. Contudo, inegavelmente, demonstram que a Reforma está em andamento no Brasil.

Na Reforma Psiquiátrica Brasileira, enfim, destaca-se uma preciosa singularidade, reconhecida por autores de outros países, como o psiquiatra espanhol Manuel Desviat e o italiano Ernesto Venturini: o envolvimento da sociedade civil, sobretudo através da organização de técnicos, familiares e usuários no movimento da luta antimanicomial. Ressaltando o compromisso da sociedade civil numa abordagem solidária da loucura, Desviat (2002, p.24) declara: “A participação social, esta grande ausente em todo o mundo nos

processos de transformação em saúde, na psiquiatria ou saúde mental comunitária, adquire carta de cidadania aqui no Brasil”.

Sem dúvida, a Reforma Psiquiátrica caminhará de forma mais rápida e eficaz se houvesse por parte dos gestores, em todos os níveis, um grau maior de empenho e de firmeza. Contudo, apesar das dificuldades, essa mobilização social na definição de diretrizes políticas claras na Saúde Mental fortalece a realização de uma Reforma Psiquiátrica efetiva que não pretende apenas tratar tecnicamente de maneira mais adequada o portador de algum sofrimento mental, mas, sobretudo, construir um espaço social onde a loucura encontre (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

5.1. Os CAPS na rede de atenção à saúde mental

Um país, um Estado, uma cidade, um bairro, uma vila, um vilarejo são recortes de diferentes tamanhos dos territórios que habitamos. Território não é apenas uma área geográfica, embora sua geografia também seja muito importante para caracterizá-lo. O território é constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escola, trabalho, boteco etc.). É essa noção de território que busca organizar uma rede de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais e suas famílias, amigos e interessados. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte etc.), econômicos (dinheiro, previdência etc.), culturais, religiosos e de lazer estão convocados para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial. Nesta publicação estaremos apresentando e situando os CAPS como dispositivos que devem estar articulados na rede de serviços de saúde e necessitam permanentemente de outras redes sociais, de outros setores afins, para fazer face à complexidade das demandas de inclusão daqueles que estão excluídos da sociedade por transtornos mentais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

As redes possuem muitos centros, muitas nós que as compõem e as tornam complexas e resistentes. O fundamental é que não se perca a dimensão de que o eixo organizador dessas redes são as pessoas, sua existência, seu sofrimento. Os Centros de Atenção Psicossocial

(CAPS) deverão assumir seu papel estratégico na articulação e no estabelecimento dessas redes, tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas etc.

Os CAPS, assumindo um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados, farão o direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental: desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, dispensando medicamentos, encaminhando e acompanhando usuários que moram em residências terapêuticas, assessorando e sendo retaguarda para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar. Esses são os direcionamentos atuais da Política de Saúde Mental para os CAPS – Centros de Atenção Psicossocial, e esperamos que esta publicação servisse como contribuição para que esses serviços se tornem cada vez mais promotores de saúde e de cidadania das pessoas com sofrimento psíquico.

5.2. O surgimento dos CAPS

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva. A criação desses CAPS e de tantos outros, com outros nomes e lugares, fez parte de um intenso movimento social, inicialmente de trabalhadores de saúde mental, que buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos, que ainda eram o único recurso destinado aos usuários portadores de transtornos mentais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Nesse contexto, os serviços de saúde mental surgem em vários municípios do país e vão se consolidando como dispositivos eficazes na diminuição de internações e na mudança do modelo assistencial. Os CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92 e eram definidos como unidades de saúde local-regionalizadas que “contam com uma população adstrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Os CAPS – assim como os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), os CERSAMS (Centros de Referência em Saúde Mental) e outros tipos de serviços substitutivos que têm surgido no país, são atualmente regulamentados pela Portaria nº. 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integra a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS. Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm a missão de dar um atendimento diurno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Como já vimos um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Núcleo de Atenção Psicossocial é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida.

O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Os CAPS, segundo o Ministério da Saúde (2004), visam:

- prestar atendimento em regime de atenção diária;
- gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado;
- promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território;
- dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, ESF (Estratégia
- (Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde);
- regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área;

- coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território;
- manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental.

Os CAPS devem contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender à sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente estruturado. Deverão contar, ainda com no mínimo, com os seguintes recursos físicos:

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

As práticas realizadas nos CAPS se caracterizam por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro. Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

5.3. Relação dos CAPS com a rede básica de saúde

Rede e território são dois conceitos fundamentais para o entendimento do papel estratégico dos CAPS e isso se aplica também à sua relação com a rede básica de saúde. A Reforma Psiquiátrica consiste no progressivo deslocamento do centro do cuidado para fora do hospital, em direção à comunidade, e os CAPS são os dispositivos estratégicos desse movimento. Entretanto, é a rede básica de saúde o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os transtornos mentais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A rede básica de saúde se constitui pelos centros ou unidades de saúde locais e/ou regionais, pelo Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, que atuam na comunidade de sua área de abrangência. Esses profissionais e equipes são pessoas que estão próximas e que possuem a responsabilidade pela atenção à saúde da população daquele

território. Os CAPS devem buscar uma integração permanente com as equipes da rede básica de saúde em seu território, pois têm um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Que significa esta integração?

O CAPS precisa:

- conhecer e interagir com as equipes de atenção c) realizar apoio matricial às equipes da atenção básica, isto é, fornecer-lhes orientação e supervisão, atender conjuntamente situações mais complexas, realizar visitas domiciliares acompanhadas das equipes da atenção básica, atender casos complexos por solicitação da atenção básica de seu território,
- estabelecer iniciativas conjuntas de levantamento de dados relevantes sobre os principais problemas e necessidades de saúde mental no território,
- realizar apoio matricial às equipes da atenção básica, isto é, fornecer-lhes orientação e supervisão, atenderem conjuntamente situações mais complexas, realizar visitas domiciliares acompanhadas das equipes da atenção básica, atender casos complexos por solicitação da atenção básica.
- realizar atividades de educação permanente (capacitação, supervisão) sobre saúde mental, em cooperação com as equipes da atenção básica.

Este “apoio matricial” é completamente diferente da lógica do encaminhamento ou da referência e contra-referência no sentido estrito, porque significa a responsabilidade compartilhada dos casos.

Quando o território for constituído por uma grande população de abrangência, é importante que o CAPS discuta com o gestor local a possibilidade de acrescentar a seu corpo funcional uma ou mais equipes de saúde mental, destinadas a realizar essas atividades de apoio à rede básica. Essas atividades não devem assumir características de uma “especialização”, devem estar integradas completamente ao funcionamento geral do CAPS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

As atuais diretrizes orientam que, onde houver cobertura do Programa de Saúde da Família, deverá haver uma equipe de apoio matricial em saúde mental para no mínimo seis e no máximo nove equipes de PSF.

5.4. Equipe profissional do CAPS

Os profissionais que trabalham nos CAPS possuem diversas formações e integram uma equipe multiprofissional. É um grupo de diferentes técnicos de nível superior e de nível médio.

Os profissionais de nível superior são: enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física ou outros necessários para as atividades oferecidas nos CAPS. Os profissionais de nível médio podem ser: técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores e artesãos. Os CAPS contam ainda com equipes de limpeza e de cozinha.

Para o Ministério da Saúde (2004), todos os CAPS devem obedecer à exigência da diversidade profissional e cada tipo de CAPS:

CAPS I – municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes

Funciona das 8 às 18 horas

De segunda a sexta-feira

CAPS II – municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes

Funciona das 8 às 18 horas

De segunda a sexta-feira

Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas

CAPS III – municípios com população acima de 200.000 habitantes

Funcionam 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana

CAPS i – municípios com população acima de 200.000 habitantes

Funciona das 8 às 18 horas

De segunda a sexta-feira

Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas

CAPS ad – municípios com população acima de 100.000 habitantes

Funciona das 8 às 18 horas

De segunda a sexta-feira

Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas

6. CONTEXTUALIZANDO OS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO

O Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria) é um instrumento de avaliação que permite aos gestores um diagnóstico da qualidade da assistência dos hospitais psiquiátricos conveniados e públicos existentes em sua rede de saúde, ao mesmo tempo em que indica aos prestadores critérios para uma assistência psiquiátrica hospitalar compatível com as normas do SUS, e o de credenciamento daqueles hospitais sem qualquer qualidade na assistência prestada a sua população adscrita. Trata-se de um instrumento de gestão que permite as reduções e fechamentos de leitos, de acordo com o Relatório de Saúde Mental do Ministério da Saúde – 2006. Este relatório cita vários hospitais, inclusive um na cidade de Montes Claros que é sede Macro do município de Monte Azul e continua sendo nossa referência de internação apenas no atendimento particular, sendo que esta em fase de credenciamento do SUS para estes pacientes em estado grave e já não atende nossa demanda e ficando como referência para Monte Azul apenas o serviço ambulatorial.

Como ainda não contamos com o CAPS, temos este serviço referenciado na cidade de Janaúba, sendo assim referência de micro bipolar juntamente com Monte Azul, onde são atendidos os pacientes infantis no CAPS infantil, Assim os pacientes são levados semanalmente para o atendimento. O CAPS Infantil de Janaúba atende toda nossa demanda infantil e nos dá um suporte profissional, não apenas quanto às pacientes infantis, mas nos proporciona encontros mensais interdisciplinares para discussão de casos de adultos e de todas as idades. Em Janaúba também se instala o CAPS TM, mas não referencia este atendimento. Os casos mais graves são encaminhamos para um serviço ambulatorial na cidade de Montes Claros que é nossa referência macro regional. Atualmente estamos credenciados com duas vagas para nosso hospital geral de até 72 horas de internação e um centro de convivência que esta em fase de implantação.

6.1. Caracterização do município de Monte Azul

A proposta desta intervenção será realizada no Município de Monte Azul-MG que fica localizado ao Norte do Estado de Minas Gerais, na região da Serra do Espinhaço, dentro da Serra Geral de Minas, a uma distância de 627 km da capital Belo Horizonte. Sua população, segundo os dados do IBGE em 2003 era de 23.410; a distribuição populacional é de 49%

urbana e 51% rural, sendo a agricultura e a pecuária as principais fontes de renda da população (IBGE, 2007).

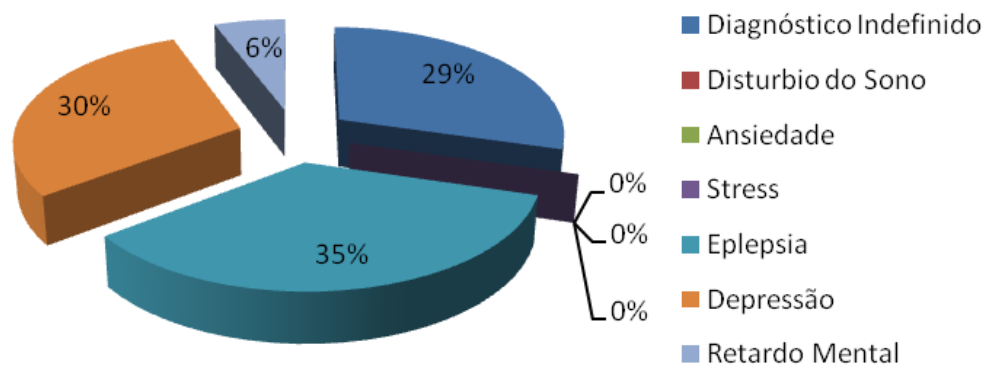
A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem 100% de cobertura no município. A ESF conta com 80% dos enfermeiros com o título de especialista em Saúde da Família. Os profissionais médicos são em sua maioria com formação para clínica, tendo uma minoria com especialização em Cardiologia, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Saúde da Família e Saúde Mental.

Os pacientes com transtornos mentais são acompanhados pela ESF e apoio básico do NASF, CRAS e CREAS. Os pacientes com transtornos mentais são atendidos no município de Monte Azul onde há uma fazenda de recuperação que vive da filantropia e ajuda da secretaria municipal de saúde em termos de assistência médica e odontológica, visitas do Nasf, sexta básica e são encaminhados para consultas especializadas e internações psiquiátricas quando necessário para uma Fazenda de Recuperação na Cidade de Janaúba. O tratamento nessas fazendas chega a durar nove meses o que tem ajudado os pacientes com problemas de Álcool e outras Drogas.

Atualmente, o Município foi contemplado com a criação do CAPS, entretanto a sua implantação ainda não foi concretizada devido a uma demora no desenvolvimento da aprovação de projeto arquitetônico e pessoal profissional para trabalhar no mesmo. Depois de muitas barreiras e dificuldades, o projeto foi reformulado e incluído a criação de centro de convivência para trabalhos terapêuticos aos pacientes que também está em fase de avaliação para aprovação e funcionamento no decorrer de um ano.

6.2. Diagnóstico de casos por micro áreas

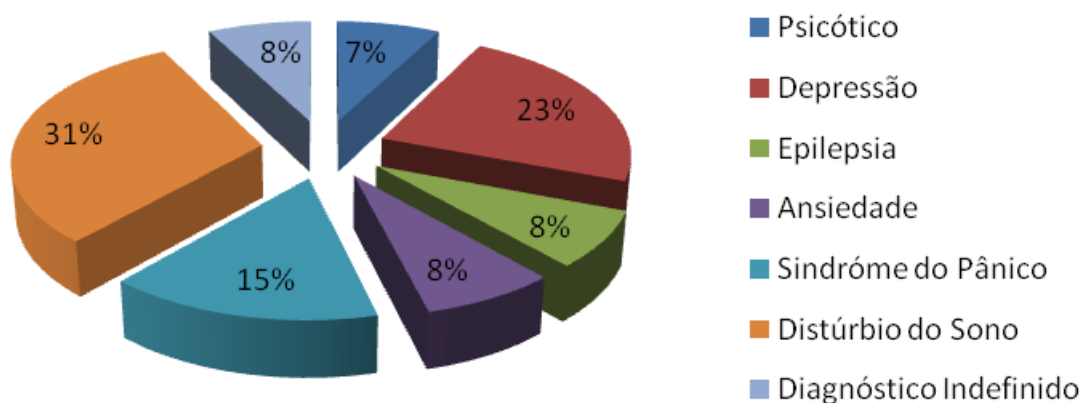
Diagnóstico de Saúde Mental – Micro área 01



Fonte: Secretaria municipal de saúde, ficha b de saúde mental (SIAB, 2009)

Nesta micro-área observamos um numero relevante de transtornos epilépticos, transtorno este ligado a neurologia e que tem como característica marcante a confusão, seguido no gráfico da depressão e do diagnostico indefinido.

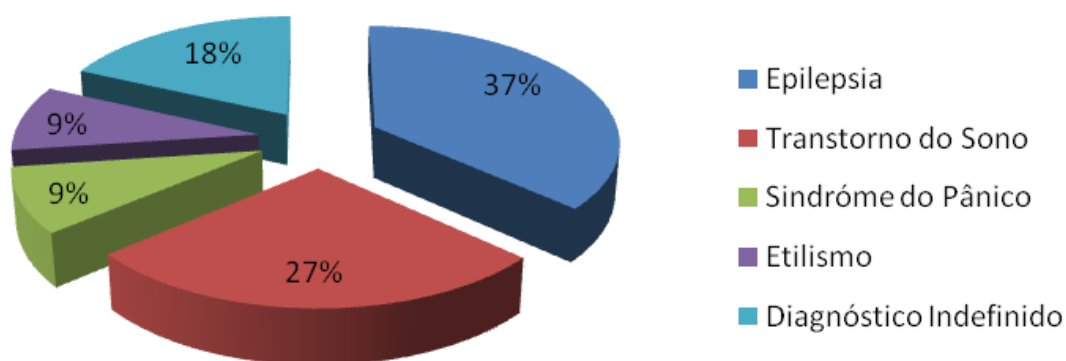
Diagnóstico de Saúde Mental Micro-área 02



Fonte: Secretaria municipal de saúde, ficha b de saúde mental (SIAB, 2009)

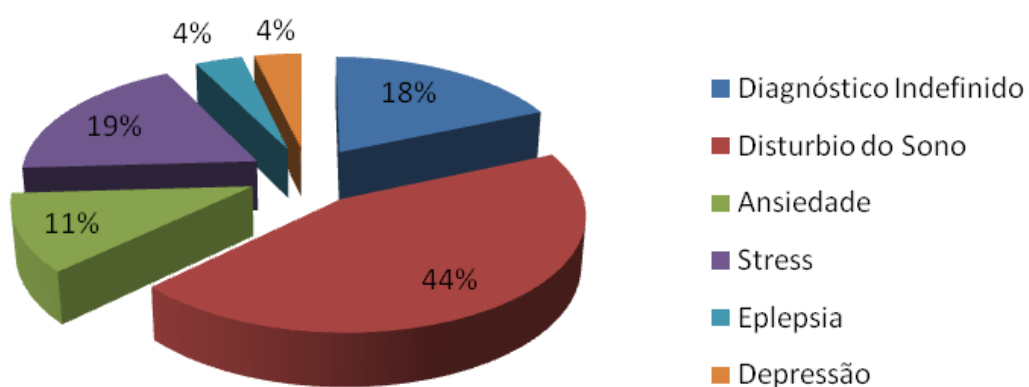
Nesta micro-área apresenta-se uma variedade grande de transtornos definidos, e marcando na sua maioria mais uma vez o transtorno do sono seguido de síndrome do pânico, relevando a existência da variedade de transtornos mentais nesta população.

Diagnóstico de Saúde Mental Micro-área 03



Fonte: Secretaria municipal de saúde, ficha b de saúde mental (SIAB, 2009)

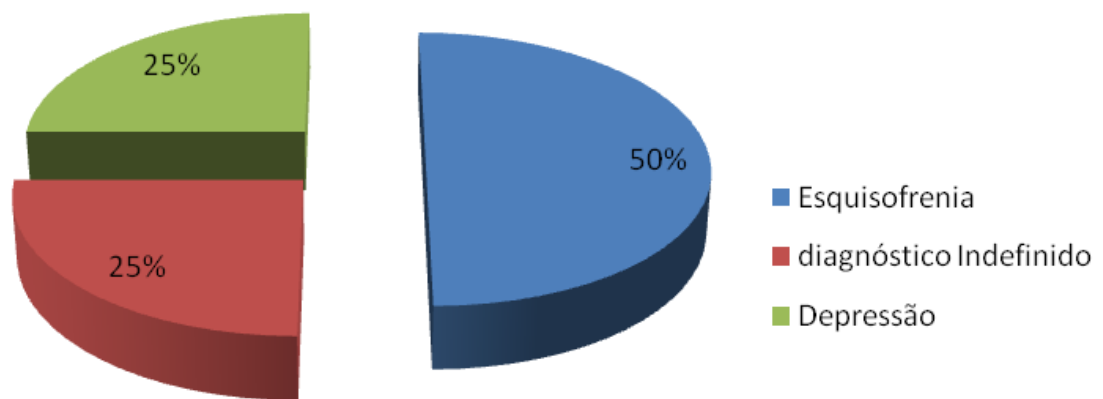
Diagnóstico de Saúde Mental – Micro área 05



Fonte: Secretaria municipal de saúde, ficha b de saúde mental (SIAB, 2009)

O que me chamou a atenção em especial na micro área 05 foi o número alto em que apresenta 18% de casos indefinidos seguido de distúrbios do sono e stress o que esta em alta em toda sociedade nos dias de hoje.

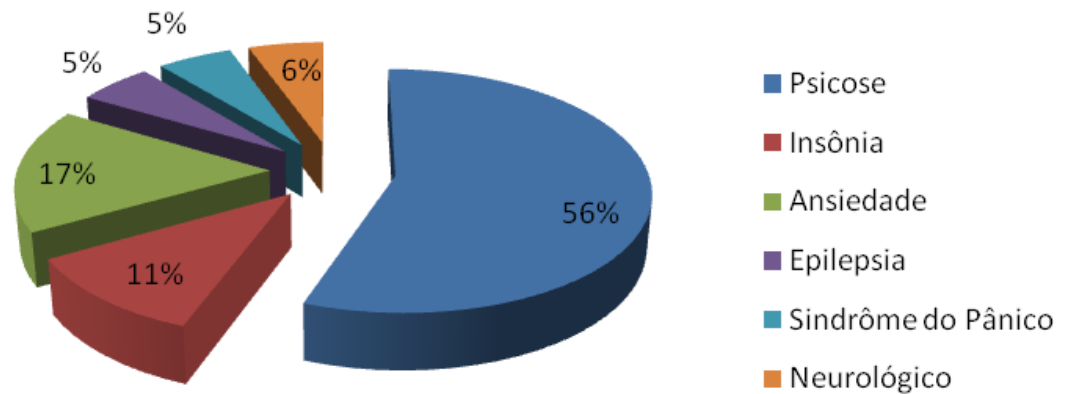
Diagnóstico de Saúde Mental Micro-área 06



Fonte: Secretaria municipal de saúde, ficha b de saúde mental (SIAB, 2009)

Uma divisão paritária e quase que igual, aqui nesta micro-área nos mostra que muitos casos ainda continuam indefinidos entre todos os atores envolvidos neste meio o que é preocupante relevando a falta de orientação e conhecimento desta população que é rural.

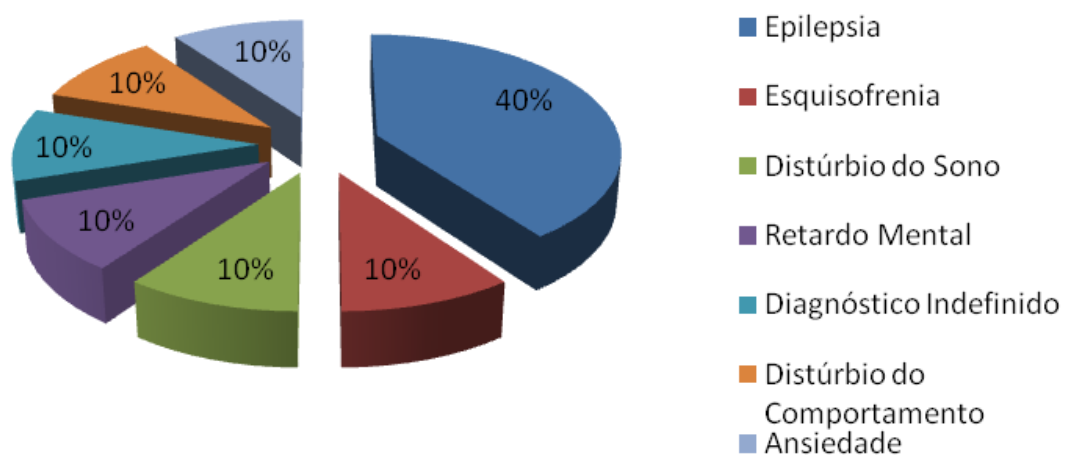
Diagnóstico de Saúde Mental – Micro área 07



Fonte: Secretaria municipal de saúde, ficha b de saúde mental (SIAB, 2009)

A micro-área 07 apresenta um grande numero de psicoses, mais da metade da população com transtornos mentais, relevando que nesta área temos um grande numero populacional e com idade avançada e de moradia antiga.

Diagnóstico de Saúde Mental – Micro área 08

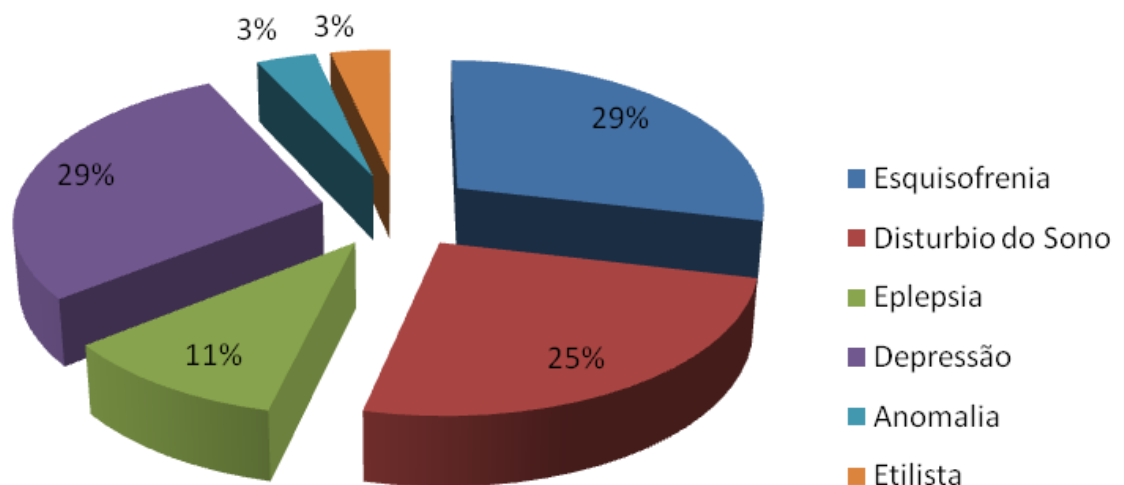


Fonte: Secretaria municipal de saúde, ficha b de saúde mental (SIAB, 2009)

Aqui nesta micro-área vemos uma variedade de transtornos mentais com destaque para a epilepsia, seguida dos demais transtornos destacando ser uma micro-área rural.

O seguinte gráfico apresenta na sua maioria a epilepsia e transtorno do sono, repetindo assim um resultado parecido com o da micro-área 09 apesar de ser uma micro-área rural.

Diagnóstico de Saúde Mental – Micro área 09



Fonte: Secretaria municipal de saúde, ficha b de saúde mental (SIAB, 2009)

Aqui vemos um empate entre os números da depressão e da esquizofrenia, seguida dos distúrbios do sono, observando que nesta micro-área contamos com um grande número de idosos o que justifica essa relevância de casos de depressão e distúrbios do sono.

7. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A nossa proposta de intervenção na atenção à saúde mental no município de Monte Azul envolve as seguintes ações:

- Implantação efetiva do Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) no município de Monte Azul, e do Centro de convivência.
- Capacitação e educação permanentes para todos os profissionais.
- Implantação efetiva da ficha B de saúde mental na atenção básica com seu acompanhamento mensal por todas as equipes de PSF.
- Mobilização da população adscrita sobre conceito e funcionamento de um NASF, CAPS e do Centro de Convivência.
- Ações intersetoriais para apoio ao CAPS e ao Centro de Convivência.

Ressaltamos que para a implantação da primeira proposta deveremos fazer uma revisão no projeto atual do CAPS na parte da planta física e pessoal, pois o mesmo está necessitando de ajustes, mas isso já está sendo realizado.

Estamos aguardando o recurso do projeto aprovado do centro de convivência para assim colocar em prática. Uma vez que já temos o local definido e os profissionais a desenvolver as respectivas ações do mesmo.

Quanto às capacitações, já começaram a ser desenvolvidas pela equipe de atenção à saúde mental do município com: ACS, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Recepcionistas, Motoristas, Auxiliar de serviços gerais, Odontólogos, Fisioterapeutas, Nutricionistas, Fonoaudiólogos e Assistentes sociais. Lógico que com a implantação do Centro de Convivência e do CAPS, as capacitações serão contínuas e permanentes.

A ficha B de saúde mental, implantada no ano de 2009, ainda está com vazios de acompanhamentos, mas cada dia está melhorando e atualmente ela é revisada mensalmente nas reuniões de fechamento do SIAB junto aos ACS e quando cada profissional que a solicita. Ex: Os profissionais da equipe de atenção à saúde mental do município.

Procuraremos estar capacitando e trabalhando uma educação permanente para todos os profissionais envolvidos na questão da saúde mental, para que assim todos estejam

capacitados a desenvolver bem seus papéis. Esperamos contar com a gerência regional de saúde, referência de CAPS regional e participação em seminários, congressos e encontros pontuais.

Divulgaremos e orientaremos nos meios de comunicação, rádio, jornal online e panfletos, além do atendimento pessoal, sobre o funcionamento do NASF, equipe de atenção a saúde mental, centro de convivência, CAPS e todo fluxo de atendimento em saúde mental, toda sociedade, cidades que tem como referência nossa cidade que é sede micro de saúde e aquelas pessoas e famílias que necessitam do serviço em especial.

As ações intersetoriais serão trabalhadas juntamente com instituições como: Centro de referência da assistência social (CRAS), Centro de referência especializada da assistência social (CREAS), Polícias Militar e Civil, Promotoria pública, juntamente com todo judiciário, sociedade civil, comércio local, secretarias de assistência social e de saúde como um todo, Associações, (APAE) Associação de pais e amigos excepcionais, Vigilância Sanitária e Epidemiológica, Conselho Tutelar, Fundação hospitalar Major Domingos de Deus Correa e maternidade Nossa Senhora das Graças, e, CAPS e clínicas de referência regional de saúde mental, para que assim possamos desenvolver ações conjuntas e resolutivas para estes pacientes tão especiais.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Município encontrou dentro do processo de montagem e aprovação do CAPS muitas barreiras e dificuldades que duraram anos, tanto na esfera Estadual, Federal como na Municipal e só agora é que foi concretizada com a aprovação total do CAPS, mas que ainda espera a sua definitiva implantação.

Esperamos que com isso, a implantação que agora depende de uma parceria do Município, região micro, gerencia regional de saúde e secretaria estadual de saúde e que seja de vez concretizada e possa diminuir este problema que vem ao longo dos anos trazendo muitas dificuldades às pessoas com Transtornos Mentais, suas famílias e aos serviços de saúde como um todo neste Município.

Podemos perceber no trabalho, que na equipe “A saúde vai ate sua casa” área 001 o resultado do número de pessoas com transtornos mentais, casos indefinidos e tipos variados de patologias são de grande relevância em relação ao numero total de pessoas cadastradas nesta equipe mostrando assim a necessidade de uma atenção básica na saúde mental, também por ser uma área mista e de porte socioeconômico baixo e periférico da cidade.

O trabalho foi de grande soma para levantamento do numero real desses pacientes, o que servirá de reflexão e material de pesquisa e desenvolvimento das ações dos profissionais envolvidos na estratégia saúde da família “A saúde vai ate sua casa” área 001.

Vejo que como eu faço parte da equipe básica de saúde mental do município, luto para uma melhoria da assistência prestada a estes pacientes tão especiais e busco dar exemplo desta assistência e melhorar a condição de vida em todos os aspectos dos portadores de sofrimento mental. O trabalho foi muito significativo para minha aprendizagem, pois com ele aprendi mais e posso melhorar minha assistência prestada a estes pacientes. Penso e torço por um futuro com dias melhores.

9. REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela Vida**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental**. 5 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAMPOS, Cezar Rodrigues. Cidadania, Sujeito, CERSAMS e Manicômios. In: **Metipolá Revista do CERSAM-Leste**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 1998.

DESVIAT, Manuel. **Hospitais psiquiátricos: saídas para o fim**. In: Abou-yd, Miriam (org.) **Hospitais psiquiátricos: saídas para o fim**. Belo Horizonte: Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, 2002.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/default/shtm> Acesso em 29 ago. 2010.

MINAS GERAIS, Secretaria Estadual de Saúde, Núcleo de Atenção a Saúde Mental, Conferência Estadual de Saúde Mental, Maio de 2010.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção em saúde mental: Linha Guia da Saúde Mental**. Belo Horizonte, 2006. 238 p.

MINAS GERAIS, Secretaria Estadual de Saúde, **Dados da Coordenação de Saúde Mental**. Minas Gerais: 2005. <http://www.saude.mg.gov.br/saudemental>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: DF, 2004. 86p.

OLIVEIRA, Daniel, SOUZA, Ana Paula. **Dificuldades encontradas por profissionais da atenção primária à saúde em atenção a saúde mental**. Trabalho de conclusão de Curso de Especialização em Saúde Mental. Faculdades Ibituruna, Montes Claros, 2007.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA – SIAB - Secretaria Municipal de Saúde do Monte Azul/MG. 2009.