

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**CECÍLIA DAIANA PINTO**

**O CUIDADO DAS COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS NO CAPS II:  
CONSTRUINDO A INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**CECÍLIA DAIANA PINTO**

**O CUIDADO DAS COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS NO CAPS II:  
CONSTRUINDO A INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Daiana Kloh

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **O Cuidado das Comorbidades Psiquiátricas no CAPS II: Construindo a Integralidade na Atenção Psicossocial** de autoria do aluno Cecília Daiana Pinto foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Atenção Psicossocial.

---

**Profa. Daiana Kloh**  
Orientadora da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)  
**2014**

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>06</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>10</b>
<b>3 MÉTODO.....</b>	<b>16</b>
<b>RECURSOS NECESSÁRIOS .....</b>	<b>22</b>
<b>CRONOGRAMA.....</b>	<b>23</b>
<b>4 PLANO DE AÇÕES.....</b>	<b>24</b>
<b>5 RESULTADOS ESPERADOS.....</b>	<b>26</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>27</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>28</b>
<b>ANEXO 1.....</b>	<b>31</b>
<b>ANEXO 2.....</b>	<b>50</b>

## **LISTA DE SIGLAS**

AD – Álcool e outras Drogas

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CFP – Conselho Federal de Psicologia

INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAI-PJ – Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RD – Redução de Danos

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel à Urgência

UAPA – Unidade de Atenção ao Pré-Adolescente e ao Adolescente

## RESUMO

A prática da Enfermagem no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II de Itaúna possibilitou observar a incidência de comorbidades psiquiátricas entre muitos pacientes assistidos neste dispositivo, apresentando o problema do uso de drogas pelas pessoas com sofrimento mental grave e/ou persistente. A partir dessa constatação o presente projeto de intervenção psicossocial objetiva a atualização da proposta assistencial do CAPS II de Itaúna de maneira que contemple os problemas decorrentes do uso de drogas no tratamento dos portadores de sofrimento mental assistidos neste serviço de saúde mental, tendo o princípio da Integralidade do SUS como norteador da proposta. O método escolhido é o da Educação Permanente em Saúde, no formato de Supervisão Clínico-Institucional, que possibilitará ofertar um processo de sensibilização e capacitação sobre a temática de Álcool e outras Drogas para a equipe interdisciplinar do CAPS II. Espera-se reformular o formulário de acolhimento/triagem de maneira que contenha itens sobre uso de substâncias psicoativas pelas pessoas com transtornos mentais além de incentivar a implantação do Projeto Terapêutico Individualizado nos moldes da atenção psicossocial. Acredita-se que os resultados esperados possam ser alcançados gradualmente, com o envolvimento da equipe interdisciplinar, possibilitando ainda que as assembleias que já acontecem periodicamente com participação de usuários e familiares do CAPS II sejam enriquecidas e ampliadas com a inclusão da temática Álcool e outras Drogas na sua pauta de discussão/reflexão, como instrumento de inclusão e de construção da cidadania dos envolvidos.

## 1 INTRODUÇÃO

O uso abusivo de drogas é considerado um problema social no Brasil e em muitos países do mundo, trazendo prejuízos para vários aspectos da vida do usuário e da sociedade como um todo. A Organização Mundial de Saúde – OMS (CEBRID, 2014) considera que o abuso de drogas não pode ser definido apenas em função da quantidade e frequência de uso, advertindo para o fato de que uma pessoa somente será considerada dependente se o seu padrão de uso resultar em pelo menos três dos seguintes sintomas ou sinais, ao longo dos últimos doze meses: forte desejo ou compulsão de consumir drogas; dificuldades em controlar o uso, seja em termos de início, término ou nível de consumo; uso de substâncias psicoativas para atenuar sintomas de abstinência, com plena consciência dessa prática; estado fisiológico de abstinência; evidência de tolerância, quando o indivíduo necessita de doses maiores de substância para alcançar os efeitos obtidos anteriormente com doses menores; estreitamento do repertório pessoal de consumo, quando o indivíduo passa, por exemplo, a consumir drogas em ambientes inadequados, a qualquer hora, sem nenhum motivo especial; falta de interesse progressivo de outros prazeres e interesses em favor do uso de drogas; insistência no uso da substância, apesar de manifestações danosas comprovadamente decorrentes desse uso; evidência de que o retorno ao uso da substância, após um período de abstinência, leva a uma rápida reinstalação do padrão de consumo anterior.

Nos moldes do que preconiza o Ministério da Saúde, a assistência às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde deve acontecer na Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, em todos os níveis de cuidado e em diálogo com a rede intersetorial, como pode ser observado na estruturação proposta pela Portaria nº 3088 de 2011. Nos moldes da estruturação preconizada pelo referido documento, e maneira sucinta, a RAPS do município de Itaúna-MG conta atualmente com 20 unidades de Atenção Básica, um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II, um CAPS ad, um Centro de Convivência de Saúde Mental, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU e Pronto Socorro da Casa de Caridade Manoel Gonçalves.

Para Neiva e cols. (2010) a intervenção psicossocial tem um caráter de pesquisa-ação visando facilitar o bem-estar psicossocial de indivíduos, grupos, instituições, organizações e/ou comunidades. Corroborando tais ideias, de acordo com Sarriera (2000) “o objetivo principal da

*intervenção psicossocial é possibilitar aos envolvidos melhores condições humanas e de qualidade de vida.”* (SARRIERA, 2000, p. 32)

Pela sua amplitude de atuação e por abordar o ser humano em seus múltiplos aspectos a serem considerados, a intervenção psicossocial tornou-se a abordagem privilegiada pelo Ministério da Saúde para se trabalhar a saúde mental da população tanto nos aspectos preventivos quanto nos aspectos curativos, modelo referendado pela Portaria nº 3088, acima citada (BRASIL, 2011).

O exercício da Enfermagem no CAPS II de Itaúna-MG possibilitou observar que as pessoas com sofrimento ou transtorno mental têm apresentado com frequência, em vários casos, sinais e sintomas do uso de drogas lícitas e ilícitas, se caracterizando como uma comorbidade psiquiátrica. Apesar das constatações empíricas, trazidas pelo cotidiano do serviço, faltam dados epidemiológicos confiáveis sobre a incidência do uso de drogas na população brasileira bem como sobre a incidência de comorbidades psiquiátricas entre abuso de drogas e transtornos e sofrimento mental. Os dados mais atuais que conseguimos acessar são referentes ao diagnóstico realizado pela Coordenação Estadual de Saúde Mental de Minas Gerais, em 2012, através do Programa Aliança Pela Vida (ANEXO 1), objetivando a estruturação das Redes de Atenção Psicossocial nos territórios (regionais ou municipais), conforme a Portaria GM nº 3088 de 23 de dezembro de 2011 (MINAS GERAIS, 2012).<sup>1</sup>

Para os fins que se reservam o presente trabalho, pode-se apurar que o CAPS II de Itaúna não conta com um sistema de lançamento de dados sobre a assistência em saúde mental prestada pela unidade, sendo também uma falha da RAPS local, não havendo projeto terapêutico individualizado para os usuários deste serviço. Constatou-se de acordo com os dados informados pela equipe do CAPS II na referida análise, dentre os 234 pacientes acompanhados durante o ano de 2011, apenas 25 foram registrados como usuários de drogas, um número bem menor que o observado na prática. O referido levantamento ressalta que a maioria dos pacientes que apresentam a comorbidade de uso abusivo de drogas é encaminhada para o CAPS ad do município. O exercício da Enfermagem possibilitou ainda observar um alto índice de internações

---

<sup>1</sup> Na primeira etapa do referido diagnóstico, foram enviados formulários para todos os municípios do Estado, para que fossem preenchidos e devolvidos à Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Na segunda etapa, foram realizadas visitas *in loco*, por profissionais da Vigilância Sanitária da Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais, para averiguação das informações obtidas através dos formulários preenchidos.

psiquiátricas, <sup>2</sup>solicitadas pelos profissionais do CAPS II, em virtude da desestabilização de pacientes, muitos em decorrência do abuso de substâncias psicoativas.

A coexistência de um CAPS II e um CAPS ad no referido município traz o impasse de qual dispositivo é mais adequado para acolher e tratar o paciente que apresenta comorbidade entre adoecimento mental e abuso de drogas. Foi possível averiguar que muitos casos são tratados no CAPS II, sem que os problemas decorrentes do uso de substâncias sejam considerados no tratamento e na proposta de um projeto terapêutico individualizado.

Assim, o presente projeto objetiva atualizar a proposta assistencial do CAPS II de Itaúna de maneira que contemple os problemas decorrentes do uso de drogas no tratamento dos portadores de sofrimento mental assistidos neste serviço de saúde mental. Para tanto será necessário ofertar um processo de sensibilização e capacitação sobre a temática de Álcool e outras Drogas -AD para a equipe do CAPS II no formato de Supervisão Clínico Institucional, bem como reformular o formulário de acolhimento/triagem de maneira que contenha itens sobre uso de substâncias psicoativas pelas pessoas com transtornos mentais além de incentivar a implantação do Projeto Terapêutico Individualizado nos moldes da atenção psicossocial.

A escolha pelo método da educação Permanente em Saúde, no formato da Supervisão Clínico-Institucional advém da experiência da autora da presente proposta de intervenção, junto à equipe do CAPS II, na construção e participação de um processo de Supervisão, no período de 2011 e 2012.

Trata-se de um processo que envolve toda a equipe multidisciplinar desde a construção da proposta, escolha do profissional de saúde que irá desempenhar a função de supervisão, viabilização do processo com apoio da gestão local ao desenvolvimento dos encontros com seus desdobramentos em mudanças concretas nas práticas de cuidado realizadas na unidade de saúde. Assim, a Supervisão Clínico-Institucional possibilitou o aprendizado a partir do questionamento das práticas, que foram ressignificadas e redimensionadas, possibilitando ainda o envolvimento dos usuários do serviço, através de ações que incentivaram o protagonismo de todos os envolvidos.

---

<sup>2</sup> De acordo com dados divulgados pela Superintendência Regional de Saúde de Divinópolis –SRS, em reunião com a referência técnica de Saúde Mental da regional, no início de 2012, constatou-se que Itaúna havia sido o segundo município da região de 53 cidades, que mais internou pacientes na Clínica São Bento Menni, localizada em Divinópolis e único dispositivo credenciado junto ao SUS na regional para realização de internações psiquiátricas. O número apurado durante o ano 2011 foi de 100 internações psiquiátricas.

Nessa vertente, também se objetiva estender a discussão da referida temática para os usuários e seus familiares, através das assembleias realizadas, de maneira a fomentar a participação, o protagonismo social e o exercício da cidadania de todos os envolvidos nesse dispositivo de saúde mental.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Ao discutir as bases conceituais/legais para uma Rede de Atenção Psicossocial no SUS por meio do Decreto 7508/11, o Conselho Federal de Psicologia - CFP (2011) considera a RAPS como um avanço para o campo da saúde, mas é necessário afirmando a necessidade de reflexão sobre o termo “psicossocial”, a partir do princípio da Integralidade.

Diante disso, somente a afirmação do que seja a integralidade pode ser recurso de enfrentamento nessa disputa de espaço. O princípio da integralidade em saúde uma das diretrizes da Constituição brasileira de 1988, em seu art. 198, II, para consolidação do Sistema Único de Saúde, previsto na Lei Orgânica de Saúde de 1990, Lei nº 8080, em seu art. 7º: “II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990).

Para Pinheiro (2014) a Integralidade é um dos princípios doutrinários da política do Estado brasileiro para a saúde – o SUS, que se destina a conjugar as ações direcionadas à materialização da saúde como direito e como serviço.

Observa-se que tal princípio, concernente na Lei que institui o SUS, incorpora aspectos de saúde desligados da noção de saúde, como o atendimento psicológico e tratamentos da medicina tradicional e complementar, referindo-se, através de sua descrição legal, ao conjunto de ações e serviços necessários para o tratamento integral da saúde, com foco nas medidas preventivas mas sem prejuízo das assistenciais. Sem a Integralidade como norte, corre-se o risco de manutenção de uma divisão dos sujeitos e dos fenômenos a eles relacionados.

Mattos (2005) sistematizou três conjuntos de sentidos sobre a Integralidade que têm por base a gênese dos movimentos sanitários e sociais no Brasil. O primeiro conjunto de sentidos é o da Integralidade como traço da boa medicina, como um valor a ser sustentado e que consistiria em uma resposta ao sofrimento do paciente que procura o serviço de saúde e em um cuidado para que essa resposta não seja a redução ao aparelho ou sistema biológico deste, uma vez que a autora em questão considera que tal redução cria silenciamentos e regulação dos corpos. O segundo é o da Integralidade como modo de organizar as práticas, que exigiria uma certa horizontalização dos programas e modos de organização anteriormente verticais, desenhados pelo Ministério da Saúde, superando a fragmentação das atividades no interior dos dispositivos e

serviços de saúde. Aponta, desta forma, para uma necessidade de articulação entre uma demanda programada e uma demanda espontânea bem como para o desenvolvimento de conjuntos de atividades coletivas junto à comunidade. O terceiro sentido trazido por Mattos (2005) é o da Integralidade como respostas governamentais a problemas específicos de saúde, apresentando a Integralidade como definição legal e institucional, concebida como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema.

Assim, a partir da experiência, de práticas concretas, transformadoras e exitosas, a Integralidade, de maneira ampliada

[...] pode ser concebida como uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas, na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema. A ‘integralidade’ das ações consiste na estratégia concreta de um fazer coletivo e realizado por indivíduos em defesa da vida (PINHEIRO, 2014, s/p).

O CFP (2011) na discussão sobre a Integralidade nas práticas do SUS, traz como uma de suas contribuições a afirmação de que o modelo biomédico, reproduzindo o modelo cartesiano, separa o corpo da mente, o psíquico e social, o psicossocial do orgânico acaba por estabelecer a compreensão hegemônica do que seja saúde, pautada no conceito fundamentalmente biológico do corpo. A proposta de abordagem psicossocial esbarra a todo momento com o domínio que a Biomedicina exerce nesse campo, banindo o que seja psíquico e social, por mais que não seja possível separá-las na vida diária.

A aposta é de que a Integralidade pode ser um recurso de enfrentamento, diante da disputa de saberes que se estabelece no campo da saúde.

Sob a afirmação do que seja psicossocial, o assistente social faz reunião com a família, o psicólogo faz atendimento individual para acessar a subjetividade, o enfermeiro faz cuidados paliativos e o médico prescreve medicamentos. Esse é um exemplo de atenção psicossocial de somatório de disciplinas, que, efetivamente, não considera as pessoas em sua totalidade (CFP, 2011, p. 10).

Assim, parte-se do pressuposto de ser equivocado um serviço de saúde fundamentado em uma divisão da pessoa para o qual se destina, contrariando os discursos de Integralidade como princípio da assistência. Para Pereira (2001) o método de intervenção psicossocial

[...] crê que as pessoas de uma determinada comunidade são os principais protagonistas de seus saberes, de sua produção, de suas vicissitudes e da criação de instrumentos capazes de auxiliar o desenvolvimento de sua realidade. Seus objetivos visam a busca de um novo conjunto de dispositivos, esquemas e estratégias cujo centro é cotidiano da comunidade envolvida no processo de planejamento participativo (PEREIRA, 2001, p. 171)

A experiência de intervenção psicossocial contempla o princípio da Integralidade e outros contidos no SUS, pois se desenvolve com a participação dos envolvidos, incentivando o protagonismo e participação, nas problemáticas complexas que se apresentam no seu dia a dia.

A Reforma Psiquiátrica brasileira propõe a substituição do modelo manicomial pela criação de uma rede de serviços substitutivos e territorializados, de acordo com a Lei nº 10.216, cuja abordagem seja sustentada na Atenção Psicossocial com base comunitária. Neste sentido, objetiva que as pessoas com sofrimento ou transtorno mental tenham novos espaços sociais, onde possam ser tratadas com respeito em relação às suas individualidades, próximas do seu meio social, de modo a promover sua condição de cidadãos (BRASIL, 2001).

Ainda que a Rede de Atenção Psicossocial tenha sido redimensionada pela Portaria de nº 3088, de acordo com Soares et al. (2011) o CAPS ainda constitui a principal estratégia da Reforma Psiquiátrica brasileira, legitimado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) pois almeja oferecer práticas de cuidado em saúde mental de alcance intersetorial, voltado para o atendimento clínico e personalizado da pessoa em situações graves de sofrimento mental, em regime de atenção diária, com o objetivo de substituir a assistência ofertada nos hospitais psiquiátricos. Tais dispositivos são substitutivos e não complementares ao hospital psiquiátrico, e cabe-lhes realizar o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, evitando o uso do manicômio como lugar de tratamento.

Outra característica importante, segundo Maftum (2004) é que a equipe do CAPS trabalha interdisciplinarmente, a fim de promover diferentes formas de sociabilidade, podendo contar com profissionais distintos da equipe de terapêutica tradicional, como artesãos, musicoterapeutas, artistas plásticos, pedagogos, professores de educação física, entre outros.

Bidarra (2009) ao buscar sua conceituação, concebe intersetorialidade como uma articulação de saberes e experiências que visam alcançar um melhor nível de desenvolvimento social, tanto quando se refere à escassez de recursos, voltada para a necessidade de reforma do

Estado, implementando a redução da sua atuação, quanto ao contexto da natureza ético-cultural, que compreende o sentido da democratização do Estado.

Rodrigues (2011) ao pesquisar sobre o conceito de Intersetorialidade, constatou ser este o mais amplo dos mecanismos de ação da gestão pública das políticas públicas de saúde e de assistência social, sendo também o mais racional e completo. Destaca que a intersetorialidade atua na perspectiva de compartilhamento de responsabilidades e na organização de atribuições necessárias à gestão, enquanto importante ferramenta no processo de materialização dos direitos fundamentais inscritos na Constituição Federal de 1988.

Portanto, espera-se das diferentes esferas de governo que haja esforço no sentido de investir em elementos necessários para o alcance da construção contínua das ações intersetoriais com conexão em redes, para que se possa acentuar na cobertura dos atendimentos e ações desenvolvidas nas políticas de saúde e de assistência social, visando diminuir a precarização da oferta de serviços e combater as diversas formas de violação de direitos (RODRIGUES, 2011, p. 07).

A Portaria nº 336/2002 foi o primeiro documento ministerial que estabeleceu as modalidades dos CAPS em CAPS I, CAPS II e CAPS III, bem os critérios para sua implantação além de definir que estes serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental devendo suas equipes estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial (BRASIL, 2002).

Desta forma, a Portaria nº 3088, reitera as diretrizes da Portaria anteriormente citada, ao estabelecer em seu item VI - Reabilitação Psicossocial, como sendo atribuição do CAPS II atender pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local (BRASIL, 2011).

A presente proposta acredita que o atendimento de pessoas que apresentem a comorbidade das duas problemáticas acima listadas, do sofrimento mental e do uso de substâncias psicoativas, possa se dar em qualquer modalidade de CAPS, visto que não existe um tipo de serviço especializado para atender as comorbidades, devendo esta assistência ser contemplada na proposta assistencial do dispositivo e na formação permanente de sua equipe multidisciplinar.

Se, conforme salienta o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004, p. 15), as pessoas atendidas nos CAPS são aquelas que apresentam intenso sofrimento psíquico, que lhes impossibilita de

viver e realizar seus projetos de vida, “devendo cada usuário de CAPS deve ter um projeto terapêutico individual, isto é, um conjunto de atendimentos que respeite a sua particularidade, que personalize o atendimento de cada pessoa na unidade e fora dela [...]” segundo suas necessidades, acredita-se que seja imprescindível considerar que as comorbidades psiquiátricas, com seu potencial comprometedor, devem ser tratadas no serviço onde o paciente melhor se identificar, se sentir acolhido, de maneira a garantir a integralidade de sua assistência.

Torna-se importante trazer à tona que a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas foi publicada em 2003, mais de dez anos após o início do processo de reestruturação da atenção em saúde mental, marcando efetivamente a inclusão da atenção aos usuários álcool e outras drogas no âmbito do SUS (BRASIL, 2003).

Esta inclusão aconteceu efetivamente a partir publicação da Política, e tem sido reiterada e reforçada em inúmeras legislações do Ministério da Saúde, que objetivam garantir o acesso, o acolhimento e a assistência das pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas nos serviços de saúde pública. Ressalta-se que as propostas do Ministério da Saúde descritas na referida política, por seguirem os princípios e diretrizes do SUS, trazem como marco teórico-político a Redução de Danos – RD para abordagem das questões relativas ao uso e abuso de álcool e outras drogas.

Hoje no Brasil a Redução de Danos é uma estratégia consolidada de atenção aos usuários de drogas. De acordo com Bastos, Campos e Siqueira (2007) a estratégia de Redução de Danos trabalha diretamente com aquelas pessoas que não querem, não podem ou não conseguem abandonar as drogas, representando uma alternativa para a promoção da saúde no sentido mais amplo, e ao mesmo tempo próxima da realidade na qual estão inseridos os usuários de drogas. Assim, a RD implica em intervenções singulares, que podem envolver o uso protegido, a diminuição do uso da droga, a substituição por substâncias que causem menos agravos ou até mesmo a abstinência. Cruz (2007) destaca que a opção por essa estratégia não é contraditória com a utilização de ações no sentido de diminuir a oferta e o consumo de drogas e que a Redução de Danos só se opõe às posturas proibicionistas que se propõem a resolver os problemas relacionados ao uso de drogas pela sua proibição geral.

[...] vemos também que o método está vinculado à direção do tratamento e, aqui, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de co-responsabilidade daquele que está se tratando. Implica, por outro lado, o estabelecimento de vínculo com

os profissionais, que também passam a ser co-responsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam (BRASIL, 2004, p.10).

Diante do exposto, acredita-se que os cuidados em saúde podem ser uma forma de promover a Redução de Danos, estratégia privilegiada e preconizada pelo Ministério da Saúde, para se abordar usuários de drogas, na sua condição de cidadãos e de sujeitos. Esta estratégia busca resgatar os usuários da exclusão social que traz como consequência o agravamento das condições psíquicas e de cidadania além de trabalhar para o restabelecimento da relação da pessoa com seu corpo.

Considera-se, assim como Conte (2004), que de uma maneira ampliada, a Redução de Danos é um conjunto de medidas de saúde pública que buscam potencializar o trabalho em rede, a inclusão social, a produção da autonomia e o protagonismo dos usuários, além de minimizar as consequências adversas do uso de álcool e drogas, como por exemplo infecção pelo HIV, hepatites e outros adoecimentos. Possibilita ainda a elaboração de projetos terapêuticos de menor exigência e portanto, que favorecem sua adesão.

Ayres (2004) define o cuidado como sendo a conformação humanizada do ato assistencial, preconizando o “Cuidado como designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde” (AYRES, 2004, p.22). Defende assim que é preciso transformar as ações assistenciais propriamente ditas, saindo da perspectiva estritamente técnica, para se calcar em uma perspectiva humanista da atenção à saúde, capaz de produzir encontros que estabeleçam uma relação de cuidados.

### 3 MÉTODO

O presente projeto privilegia como produto da intervenção psicossocial, embasado no princípio da Integralidade do SUS, a transformação na modalidade assistencial do CAPS II de Itaúna- MG. Tal proposta surgiu a partir do cotidiano da prática da Enfermagem no referido CAPS II de Itaúna, a partir de 2010, através da qual foi possível observar as dificuldades da equipe multidisciplinar em lidar com as pessoas assistidas neste serviço que apresentavam necessidades decorrentes do uso de drogas, lícitas e ilícitas, durante o tratamento para seu sofrimento ou transtorno mental grave e/ou persistente. Observou-se uma resistência em abordar a problemática do abuso de substâncias, um excesso de encaminhamentos para o CAPS ad e de internações no hospital psiquiátrico referência da região.

Torna-se relevante neste ponto da discussão, apresentar um sucinto histórico do CAPS II de Itaúna. Conforme averiguaram Campos e Nogueira (2012) em agosto de 1986 surgiu o serviço de Saúde Mental do município de Itaúna-MG, o atendimento era prestado em um posto de saúde do Bairro de Lourdes com o objetivo de diminuir as internações psiquiátricas e oferecer outras formas de tratamento. Em outubro do mesmo ano, com a crescente demanda de atendimento, houve uma ampliação do referido serviço que prosseguiu suas atividades em 03 consultórios na sede do Instituto Nacional do Seguro Social-INSS, no centro da referida cidade. Em março de 1988 foi alugada uma casa na área central do município, onde o Posto de Saúde Mental expandiu seus atendimentos, passando a funcionar um Hospital-Dia juntamente com um ambulatório. No ano de 1998 o Posto de Saúde Mental tornou-se um Núcleo de Atenção Psicossocial-NAPS II e posteriormente foi credenciado como um Centro de Atenção Psicossocial-CAPS II, de acordo com mudanças ocorridas no Ministério da Saúde. Atualmente o CAPS II, com sede própria no Bairro São Geraldo, é polo de referência da microrregião, atendendo também aos municípios de Piracema e Itatiaiuçu.

Itaúna conta ainda com o Centro de Convivência de Saúde Mental Dr. Peri Tupinambás que foi inaugurado em maio de 2004, onde são desenvolvidas atividades socioculturais e oficinas como forma de reinserir o paciente na comunidade, fomentando também a questão da cidadania e do protagonismo social. Além disso, o atendimento aos usuários de álcool e outras drogas é realizado desde março de 2008 no CAPS ad, credenciado pelo Ministério da Saúde em julho de 2010. A RAPS do município tem 20 unidades de Atenção Básica, SAMU, um Pronto

Atendimento, um serviço de atendimento psicológico denominado Unidade de Atenção ao Pré-Adolescente e Adolescente - UAPA, um núcleo do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário - PAI-PJ, que se dá através de parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde e o Tribunal de Justiça de Minas Gerais.

O método escolhido para favorecer a intervenção psicossocial proposta é a Educação Permanente, na modalidade de Supervisão Clínico-Institucional.

Para Ceccim e Ferla (2014) a Educação Permanente em Saúde pode ser compreendida, ao mesmo tempo, como uma prática de ensino-aprendizagem e como uma política de educação na saúde, tendo o trabalho como objetivo. Os autores salientam que, como ‘prática de ensino-aprendizagem’ a Educação Permanente significa a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas do dia-a-dia do trabalho e as experiências desses atores como base de interrogação e mudança. Tal proposta se apoia nos conceitos de ‘ensino problematizador’ e de ‘aprendizagem significativa’ uma vez que o ensino-aprendizagem coloca em questão

[...] a relevância social do ensino e as articulações da formação com a mudança no conhecimento e no exercício profissional, trazendo, junto dos saberes técnicos e científicos, as dimensões éticas da vida, do trabalho, do homem, da saúde, da educação e das relações (CECCIM e FERLA, 2014, s/p).

De acordo com os teóricos supracitados, como ‘política de educação na saúde’, a Educação Permanente em Saúde envolve a contribuição do ensino à construção do Sistema Único de Saúde, considerando que o SUS e a saúde coletiva têm características profundamente brasileiras, comungando com a integralidade na condição de diretriz do cuidado à saúde e com a participação popular com papel de controle social. Enfatizam assim que uma condição indispensável para um aluno, trabalhador de saúde, gestor ou usuário do sistema de saúde mudar ou incorporar novos elementos à sua prática e aos seus conceitos é o desconforto com a realidade naquilo que ela deixa a desejar de integralidade e de implicação com os usuários.

A necessidade de mudança, transformação ou crescimento vem da percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar alguma coisa está insatisfatória ou insuficiente em dar conta dos desafios do trabalho em saúde.

Merhy (2005) ao defender a Educação Permanente como prática pedagógica transformadora da produção do cuidado em saúde, afirma que não se pode mais sustentar as

quase exclusivas visões gerenciais que se posicionam sistematicamente pela noção de que a baixa eficácia das ações de saúde é devida à falta de competência dos trabalhadores e que pode ser corrigida a medida que se supre, por cursos compensatórios, aquilo que lhes falta. Defende assim a importância do trabalhador como protagonista efetivo deste processo, podendo tornar os atos de saúde mais humanos e potencializadores de promoção de cidadania. Mostra ainda que todo processo que esteja comprometido com estas questões da educação permanente tem de ter a força de gerar no trabalhador, no seu cotidiano de produção do cuidado em saúde, transformações da sua prática, o que implicaria força de produzir capacidade de problematizar a si mesmo no agir, pela geração de problematizações

não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe – e de construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais marcos dos processos de reforma do sistema brasileiro de saúde, pelo menos no nosso caso (MERHY, 2005, p. 174).

Assim, Merhy (2005) salienta que a educação permanente em saúde deve estar atrelada, amarrada à intervenção que coloca no centro do processo pedagógico a implicação ético-político do trabalhador no seu agir em ato, produzindo o cuidado em saúde, no plano individual e coletivo, em si e em equipe.

A proposta de remodelar a proposta assistencial do CAPS II de Itaúna através do processo de Supervisão Clínico-Institucional também se deu a partir de experiência vivenciada no processo de trabalho no CAPS II de Itaúna, durante a realização da Supervisão no período de 2011 a 2012, perfazendo 15 meses de educação permanente neste formato.

Entende-se como supervisão clínico-institucional um espaço de discussão e estudo das equipes técnicas dos diversos serviços que compõem a rede de atenção psicossocial, a respeito dos casos clínicos, dos projetos terapêuticos, da dinâmica dos serviços, das articulações com o território onde o CAPS de referência se situa, dos processos de trabalho, da gestão e da clínica na perspectiva intersetorial.” (Coordenação Nacional de Saúde Mental - CNSM, 2010, p. 1)

Desta forma, enquanto dispositivo de formação permanente das equipes de saúde mental, a Supervisão Clínico-Institucional é validada e respaldada pela Portaria/GM nº1.174 de 2005

(ANEXO 2), sendo custeada pelo Ministério da Saúde, através de Editais ou Chamadas, através das quais os municípios podem se inscrever através do envio da documentação solicitada, incluindo projeto e indicação do profissional que desempenhará a função de supervisor. Ressalta-se que o presente projeto será viabilizado dessa maneira, uma vez que Itaúna recebeu recurso referente à VI Chamada para Supervisão Clínico-Institucional: Rede de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras drogas, de 2010 (BRASIL, 2010).

As práticas de saúde mental precisam estar consoantes com os propósitos do SUS e, acredita-se, de acordo com Moebus (2011), que a Supervisão Clínico-Institucional compartilha dos princípios que norteiam a educação permanente em saúde, no sentido de uma abordagem que considera o chamado quadrilátero da formação, incluindo aí a educação, a gestão, a clínica e a participação social, compondo os complexos cenários de produção de cuidado em serviços de saúde.

A supervisão enquanto modalidade de formação pode ser exercido por profissionais de formação teórica e prática diversas, através da discussão de casos clínicos e de problemáticas institucionais, de maneira a trazer reflexão/transformação para os projetos terapêuticos individualizados e também para a proposta assistencial do dispositivo em questão, aqui contemplando o CAPS II de Itaúna, bem como da rede assistencial e do território. Além disso, reiterando as afirmações da CNMS (2007) a Supervisão Clínico-Institucional possibilita harmonizar as diversidades profissionais e teóricas de todos os envolvidos, incluindo o do profissional supervisor, elucidando que o desafio de exercer a competência técnica no cenário da saúde pública, constituindo-se uma condição para o êxito mais permanente da Política Nacional de Saúde Mental. Assim

A supervisão deve ser "clínico-institucional", no sentido de que a discussão dos casos clínicos deve sempre levar em conta o contexto institucional, isto é, o serviço, a rede, a gestão, a política pública. Assim, ao supervisor cabe a complexa tarefa de contextualizar permanentemente a situação clínica, foco do seu trabalho, levando em conta as tensões e a dinâmica da rede e do território. Em outras palavras: buscando sustentar o diálogo ativo entre a dimensão política da clínica e a dimensão clínica da política (Coordenação Nacional de Saúde Mental - CNSM, 2010, p. 2)

A partir da vivência de um processo de Supervisão Clínico-Institucional junto à equipe do CAPS II de Itaúna, tornou-se possível considerar tal prática como o espaço social concreto e

histórico da vida dos sujeitos e da instituição, no âmbito de uma política pública, o SUS. O supervisor deve trabalhar na direção da construção do SUS, buscando sempre vencer a dicotomia, que com frequência se instala, entre as diretrizes gerais da política e a construção particular do cuidado clínico, que seja capaz de levar em conta a complexidade da dimensão existencial de um sujeito singular em um determinado território.

Desta forma, as três dimensões referidas na proposta descrita pela CNSM (a supervisão como clínica e institucional; a integração da equipe de cuidado; e a construção do projeto terapêutico articulando os conceitos de sujeito, rede, território e autonomia) são características da tarefa da supervisão e acredita-se que tal processo possa ser o disparador de inovações por parte da equipe do CAPS II, com a participação dos usuários e familiares do serviço.

A proposta de realização da Supervisão Clínico-Institucional é de duração de um ano, com a realização de encontros quinzenais com a presença de toda a equipe do CAPS II juntamente com o supervisor escolhido, devendo cada encontro acontecer com 6 a 8 horas de formação. A cada trimestre e ao final do processo, o supervisor deverá emitir um relatório sobre as etapas do processo, relatório este que será enviado ao Ministério da Saúde. Concomitantemente deverão ser realizados os demais objetivos do projeto, com apoio da equipe multidisciplinar, ao final de cada trimestre de supervisão, de maneira que a transformação na proposta assistencial do CAPS II possa se efetivar gradualmente, inclusive de forma documental. Para tanto, propõe-se os encontros sejam registrados em ata, resguardando o sigilo e pontos que possam expor usuários, familiares nas discussões de casos, criação de um protocolo que resguarde a atenção e cuidado às necessidades decorrentes do uso de drogas pelos pacientes do serviço, reformulação do formulário de acolhimento/triagem de forma que contenha itens sobre uso de drogas a serem a todos que busquem atendimento no CAPS II, treinamento sobre registros nos prontuários de forma que se explicitem as comorbidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas. As assembleias que já acontecem periodicamente com participação de usuários e familiares do CAPS II deverão ser enriquecidas e ampliadas com a inclusão da temática AD na sua pauta de discussão/reflexão, como instrumento de inclusão e de construção da cidadania dos envolvidos, contando com o apoio da equipe multidisciplinar.

As principais preocupações éticas em relação à problemática levantada são em relação ao sigilo e respeito que deve ser mantido quando da discussão de casos acompanhados pelo serviço, uma vez que esta discussão se dará com toda a equipe do CAPS II. Outra preocupação é em

relação aos preconceitos e moralidades que permeiam a discussão sobre o uso de drogas, presente em nossa sociedade e averiguada nos discursos dos profissionais em muitas ocasiões. Nesse sentido, a transformação na proposta assistencial do referido serviço de saúde mental está intimamente ligada à transformação de mentalidades e concepções dos profissionais que nele atuam, mudanças que, sendo alcançadas certamente ressoarão nos demais pontos de assistência da rede de atenção psicossocial do município.

Destaca-se que, por não se tratar de pesquisa, o presente projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP e não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais.

Salienta-se ainda que os recursos financeiros destinados à realização do processo de educação permanente aqui descrito são provenientes da IV Chamada para Supervisão Clínico-Institucional dos CAPS e Rede de Atenção Psicossocial (“Supervisão IV”), de acordo com a Portaria GM 1174, de 07.07.05 (ANEXO 2).

No quadro 1 apresenta-se os recursos humanos e materiais necessários.

<b>Quadro 1. RECURSOS NECESSÁRIOS</b>			
			<b>1- RECURSOS FINANCEIROS</b>
1- RECURSOS HUMANOS	Supervisor Clínico-Institucional	Profissional de saúde de curso superior, capacitado e aprovado pelo Ministério da Saúde para o pleito	R\$ 20.000,00
	Equipe Multidisciplinar do CAPS II	07 Psicólogos	Efetivo da prefeitura
		2 porteiros	Efetivo da prefeitura
		04 Médicos Psiquiatras	Efetivo da prefeitura
		01 Enfermeiro	Efetivo da prefeitura
		01 Assistente Social	Efetivo da prefeitura
		03 aux. Enfermagem	Efetivo da prefeitura
		02 aux. administrative	Efetivo da prefeitura
		02 aux. Serviços gerais	Efetivo da prefeitura
		01 terapeuta ocupacional	Efetivo da prefeitura
		02 oficineiras	Efetivo da prefeitura
		02 Enfermeiros	Efetivo da prefeitura
		Profissionais convidados da rede	
2- RECURSOS MATERIAIS	Estrutura Física e equipamentos		Já existentes na Secretaria Municipal de saúde
	Material informativo e didático	Apostilas, Xerox, cartilhas e impressos	Serão disponibilizados pela SMS

Fonte: Elaborado pela autora.

## 3.1 CRONOGRAMA

Item	Atividade	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	mai
1	Observação Institucional para coleta de dados do projeto	X	X													
2	Fundamentação do projeto de intervenção	X	X													
3	Contratação do supervisor		X	X												
4	Realização dos Encontros de Supervisão			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
5	Construção de Protocolo Assistencial AD						X									
6	Reformulação da ficha de acolhimento/triagem									X						
7	Implantação do Projeto Terapêutico Individualizado						X	X	X	X	X					
8	Construção dos Projetos Terapêuticos Individualizados a partir das discussões de casos clínicos						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
9	Realização de assembleias com usuários e familiares com a temática AD													X	X	X

#### **4 PLANO DE AÇÕES**

Para alcançar o objetivo principal do presente projeto de intervenção que é de atualizar a proposta assistencial do CAPS II de Itaúna de maneira que contemple os problemas decorrentes do uso de drogas no tratamento dos portadores de sofrimento mental, propõe o seguinte esquema de ações e atividades:

- 1 - Ofertar um processo de sensibilização e capacitação sobre AD para a equipe do CAPS II no formato de Supervisão Clínica Institucional, com a contratação do profissional supervisor, estabelecimento de cronograma de atividades e realização dos encontros de Educação Permanente;
- 2 - Reformular a ficha de acolhimento/triagem contendo itens sobre uso de substâncias psicoativas, partindo do estudo do formulário existente para a criação de novo modelo que será utilizado pela equipe;
- 3- Incentivar a implantação do Projeto Terapêutico Individualizado - PTI nos moldes da atenção psicossocial, partindo da discussão da Proposta do PTI como instrumento de trabalho, com a construção de um ou mais PTI em Supervisão, a partir de discussões de casos clínicos acompanhados pela equipe do CAPS II, além de propiciar treinamento sobre registro de informações em prontuários, para adequação dessa prática pela equipe;
- 4- Criação de um Protocolo com norteadores sobre a temática AD, partindo do estudo dos protocolos já existentes no CAPS para a escrita do Protocolo proposto como um norteador para a equipe;
- 5- Inclusão da temática do uso de drogas nas assembleias com usuários e familiares, através da realização de Assembleias com a temática AD para promover a discussão/reflexão do uso de drogas e seus desdobramentos sobre as vidas dos participantes da assembleia.

## 5 RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se que primeiramente a implantação do projeto viabilize a sensibilização e formação dos profissionais do CAPS II de Itaúna para as questões pertinentes ao uso e abuso de álcool, crack e outras drogas. A reorganização do processo de trabalho deverá contribuir para o acolhimento e manejo dos casos que apresentem comorbidades psiquiátricas, nas quais os pacientes apresentem sofrimento ou transtorno mental e necessidades decorrentes do uso de drogas.

Ainda que a responsabilidade pelo cuidado de saúde mental seja distribuída na RAPS, o CAPS tem um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados, devendo realizar o direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental: desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários. Assim, a reformulação da proposta assistencial desse dispositivo terá ressonância na rede local de saúde, bem como na rede intersetorial, uma vez que a problemática do abuso de drogas é complexa e multifatorial e precisa ser abordada de forma que contemple a integralidade dos sujeitos.

A sensibilização da equipe para a temática de álcool e outras drogas é fundamental para que o processo de formação possa resultar em ações concretas no cotidiano do serviço, capazes de reduzir o excesso de encaminhamentos de pacientes para outros dispositivos, principalmente para o CAPS ad, além de reduzir o alto índice de internações psiquiátricas por motivo de desestabilização do quadro psicopatológico em decorrência do uso de substâncias psicoativas.

A criação de um protocolo com diretrizes gerais para o acompanhamento de casos que apresentem essa comorbidade poderá trazer segurança para a equipe em sua atuação bem como garantir como norma e rotina do serviço que tais casos recebam a assistência de que necessitam no CAPS II, com o apoio da rede e do território, de acordo com suas necessidades singulares.

Considerando a construção crítica do projeto ético-clínico-político desta equipe, sempre a partir da realidade apresentada pela concretude dos casos clínicos, espera-se que seja possível a efetivação da implantação Projetos Terapêuticos Individuais, como prática que venha ser sustentada no cotidiano do serviço permanentemente. Assim, a Supervisão Clínico-Institucional, a partir da discussão dos casos clínicos selecionados pela própria equipe, como nós críticos no funcionamento do serviço, tem se constituído em um espaço de reflexão conjunta de toda a equipe com o supervisor. Esta reflexão crítica, a partir dos casos apresentados, busca uma

construção e elaboração propriamente clínica, mas também um entendimento institucional que possa colocar em análise o funcionamento do próprio serviço como um todo em sua capacidade de produzir respostas na construção da linha de produção de cuidado necessária a cada caso em sua complexidade.

As assembleias de usuários que já funcionam no CAPS II, poderão ser otimizadas ao encampar em sua pauta de discussões/reflexões a temática de Álcool e outras Drogas, envolvendo a participação de usuários e familiares, bem como da equipe envolvida. Dessa forma, as assembleias se constituem como espaço de promoção de cidadania e de protagonismo social, aspectos imprescindíveis para inclusão das pessoas com sofrimento mental na comunidade.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Educação Permanente no SUS enquanto prática cada vez mais disseminada no SUS, tem permitido a concretização do princípio da Integralidade na assistência dos usuários, uma vez que, além de objetivar a formação dos profissionais, almeja também sua sensibilização e consequente humanização do cuidado. Espera-se que a operacionalização da educação permanente no CAPS II de Itaúna, no formato de Supervisão Clínico-Institucional, possa promover a atualização de seu projeto assistencial, de maneira que toda a equipe interdisciplinar possa tomar cada sujeito/usuário acolhido neste dispositivo de saúde mental, como único, considerando a complexidade de cada caso em sua totalidade. Assim, a abordagem da problemática passará a acontecer de maneira integral, o que possibilitará o manejo e tratamento responsável e implicado das comorbidades psiquiátricas, entre sofrimento mental e necessidades decorrentes do uso de drogas, na mesma unidade de saúde, sem necessidades de encaminhamentos, o que gera uma dicotomização na proposta assistencial.

A prática da Enfermagem no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II de Itaúna vem somar junto às outras abordagens profissionais de origens epistemológicas diversas, contribuindo na legítima assistência desenvolvida no viés da intersetorialidade, onde saberes e práticas múltiplas se integram na construção dos projetos terapêuticos individualizados.

Enquanto um projeto de Intervenção Psicossocial, o processo de educação/reflexão que convoca os profissionais do CAPS II, a ocuparem lugar de protagonistas na reformulação de sua proposta assistencial, convoca também os usuários e familiares desse serviço de saúde mental a se envolverem. Acredita-se que os resultados esperados possam ser alcançados gradualmente, com o envolvimento da equipe interdisciplinar, possibilitando ainda que as assembleias que já acontecem periodicamente com participação de usuários e familiares do CAPS II sejam enriquecidas e ampliadas com a inclusão da temática Álcool e outras Drogas na sua pauta de discussão/reflexão, como instrumento de inclusão e de construção da cidadania dos envolvidos. Nesse espaço de transformação, desenvolvendo sua cidadania ao considerar na problemática de suas vidas, a complexa e multifatorial problemática social apontada pelo abuso de drogas álcool e outras drogas.

## REFERÊNCIAS

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **O Cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde.** In: Saúde e Sociedade. v.13. n.3. set-dez 2004. P. 16-29

BASTOS, Francisco Inácio; CAMPOS, Marcelo Araújo; DOMICIANO SIQUEIRA, José Ribeiro. **Drogas e Redução de Danos: abordagens para pessoas vivendo com HIV e AIDS.** ABORDA, SP, 2007.

<http://www.abordabrasil.org/biblioteca/Producao%20Academica/campossiqueirabastos.pdf>

BIDARRA, Zelimar S. **Pactuar a intersetorialidade e tramar as redes para consolidar o sistema de garantia de direitos.** Serviço Social & Sociedade. São Paulo: Cortez, n.99. 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: 1988.** Disponível em: << <http://www.planalto.gov.br>>> Acesso em 05 de maio de 2013.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro DE 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: << <http://www.planalto.gov.br>>> Acesso em: 14 de junho de 2013.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 06 abr 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria/GM nº 336 de 19 de fevereiro de 2002.** Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a usuários de Álcool e outras Drogas.** Brasília, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial.** Brasília (DF); 2004

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1174/GM de 7 de julho de 2005.** Destina incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental – CNMS. **VI Chamada para Supervisão Clínico-Institucional: Rede de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras drogas.** 2010.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

CAMPOS, Marcelo Gonçalves. NOGUEIRA, Cristiane S. S. **I Trabalho de Dispersão da I Oficina de Saúde Mental da Infância e Adolescência.** Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais – ESP-MG: 2012. Mimeo.

CEBRID – **Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas.** Disponível em: <http://www.cebrid.epm.br/index.php>. Acesso em: 08 de abril de 2014.

CECCIM, R.B. FERLA, A.A. Educação Permanente em Saúde. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>. Acesso em 23 de abril de 2014.

CFP – Conselho Federal de Psicologia. **Contribuições do Conselho Federal de Psicologia para a constituição da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde a partir do Decreto 7.508/2011.** Brasília: 2011.

CNSM - Coordenação Nacional de Saúde Mental. **O ofício da supervisão e sua importância para a rede de saúde mental do SUS.** Brasília: 2007.

CONTE, Marta ET. Al. **Redução de Danos e Saúde Mental na perspectiva da Atenção Básica.** Boletim da Saúde. Porto Alegre. V. 18. N. 1 , jan./jun. 2004.p.59-70.

CRUZ, Marcelo Santos. **Considerações sobre possíveis razões para a resistência às estratégias de Redução de Danos.** In: Prevenção Drogas e AIDS. Assessoria de DST/ Aids - SESDEC/RJ: outubro de 2007. P. 17-30.

MAFTUM. M. A. **O ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica no Paraná** [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2004.

MATTOS, R. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. (Orgs.) **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado em Saúde.** 4.ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco, 2005.

MERHY, Emerson Elias. **O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005.

MINAS GERAIS. **1º Diagnóstico "Aliança Pela Vida": CAPS [parte 2] – APV.** 9 de abril de 2012 a 9 de junho de 2012. Mimeo. (ANEXO1)

MOEBUS, Ricardo. **I Relatório de Andamento Supervisão Clínico-Institucional em Saúde Mental.** Itáúna: 2011. Mimeo.

NEIVA, Kathia Maria Costa e cols. **Intervenção Psicossocial: aspectos teóricos, metodológicos e experiências práticas.** Vetor: São Paulo, 2010.

PINHEIRO, Roseni. Integralidade em Saúde. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** Disponível em: <http://www.epsvjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>. Acesso em 23 de abril de 2014.

PEREIRA, Willian César Castilho. **Nas Trilhas do Trabalho Comunitário e Social: teoria, método e Prática.** Belo Horizonte: Vozes: PUC Minas, 2001.

RODRIGUES, Jovina Moreira Sérvulo. A Intersetorialidade entre as Políticas Públicas de Saúde e de Assistência Social pós Constituição Brasileira de 1988. In: **V Jornada Internacional de Políticas Públicas - V JOINPP: Estado, Desenvolvimento e Crise do Capital.** Maranhão: 2011. Disponível em: [www.joinpp.ufma.br](http://www.joinpp.ufma.br). Acesso em 23 de abril de 2014.

SARRIERA, Jorge Castellá. **Psicologia Comunitária. Estudos Atuais.** Sulina, 2010.

SOARES, Régis Daniel et al. O Papel da Equipe de Enfermagem nenhum centro de Atenção psicossocial. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.15, n. 1, março de 2011. Disponível a partir do <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452011000100016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 15 de abril de 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000100016>.

## ANEXO 1

1º Diagnóstico "Aliança Pela Vida": CAPS [parte 2] - APV

Data de início: 9 de abril de 2012 Data de término: 9 de junho de 2012

---

Município: Itaúna

Nome do CAPS:\* Equilibrista

Razão Social: CAPS II

Endereço:

Rua das Margaridas nº 369

Cep: 35680419

Bairro: Chácara do Quitão

Telefone: (37) 32436328 ou (37) 32436458

Não possui FAX

Email: [capsitauna@yahoo.com.br](mailto:capsitauna@yahoo.com.br); [capsitauna@itauna.mg.gov.br](mailto:capsitauna@itauna.mg.gov.br);

CNPJ: 18309724000187

CNES: 2105683

Data de inicio das atividades: 16/08/1986 como NAPS

Data de Habilitação: 19/09/2002

TIPO DE IMOVEL:

X Próprio  
AREA FISICA/ M<sup>2</sup>\*: 665, 17 M<sup>2</sup>

REFERENCIA TECNICA GRS:

Maria de Lourdes Chaves

Referência Técnica Saúde Mental

saudemental.div@saude.mg.gov.br

Cecília Godoi Campos

Ref. Técnica Álcool e Drogas

cecilia.campos@saude.mg.gov.br

Superintendência Regional de Saúde/Divinópolis - SES/MG

TEL - 37-3229.2903

RESPONSÁVEL TECNICO (COORDENADOR):1

Cristiane Santos de Souza Nogueira

CPF: 02890294650

registro profissional: CRP: 19279

telefone: 37- 88166659/ 37-84042239

email: crispsi2@gmail.com

Há Plantas atualizadas e assinadas (física, elétrica e hidráulica)?\*

Não

Qual é o nº da população referenciada para esta unidade/equipe de saúde mental?

115.869 para os municípios da microrregião Itaúna, Itaguara, Piracema e Itatiaiuçu, de acordo com dados do IBGE (2010)

Obs: Itaguara está em processo de implantação de um CAPS e deixará de referenciar pacientes para o CAPS II de Itaúna.

Esta unidade de saúde mental é uma referencia

Microrregional

#### Assistência

[Portaria 336] funciona de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas?\*

Sim

Obs: funciona de 07:00 às 17:00 horas

Há acolhimento diário na unidade? \*

Sim

Descreva os horários e dias de acolhimento:\*

Os acolhimentos acontecem durante todo o horário de funcionamento do CAPS II, sem agendamento, sendo um serviço porta aberta, acolhendo a demanda espontânea da população. Os profissionais de nível superior, exceto médicos, têm uma escala para serem referência de acolhimentos e também há uma escala de plantão. Nesses horários não há agendamento de atendimentos, ficando o profissional disponível para acolher as demandas que surgirem e resolver, juntamente com a equipe, as intercorrências que surgirem e acompanhamento da permanência dia.

A falta de assistência em saúde mental em outros pontos da rede de saúde pública, além dos dois CAPS, dificulta o cuidado compartilhado ou o encaminhamento de casos atendidos no

acolhimento, que não se constituem como demanda para CAPS. Além disso, quando o caso se estabiliza, podendo se beneficiar de atendimento ambulatorial, também não há pontos de assistência na rede, o que faz com que o CAPS funcione como ambulatório, não sendo o ideal preconizado.

Qual o numero de acolhimentos realizados por este CAPS ( somatório janeiro - 2011 à Dezembro - 2011)

864 acolhimentos

Qual o tempo médio, em dias, de permanência no CAPS? \*tempo de acompanhamento no serviço

Devido ao curto prazo para realização da pesquisa de dados referente a este formulário e à falta de um banco de dados no serviço, não foi possível levantar uma média precisa do tempo de acompanhamento no serviço.

Qual o numero de pacientes em procedimento intensivo de janeiro de 2011 à dezembro de 2011.

48 pacientes

Qual o numero de pacientes em procedimento semi - intensivo de janeiro de 2011 à dezembro de 2011\*

67 pacientes

Qual o numero de pacientes em procedimento não intensivo de janeiro de 2011 à dezembro de 2011\*

310 pacientes

Qual porcentagem dos pacientes possui Projeto Terapêutico?

Não há projeto terapêutico para os pacientes

O projeto terapêutico é elaborado em equipe?

Não

[Portaria 130] Estabelece profissionais de referencia para cada usuário?\*

Sim

Qual o numero total de usuários inseridos ao serviço por este CAPS (somatório janeiro-2011 a dezembro-2011)\* indivíduos acompanhados pela equipe de saúde mental

234 pacientes.

Quantos leitos psiquiátricos em hospitais gerais estão referenciados para este CAPS?\*

Nenhum

Qual o hospital de referencia de leitos para este CAPS? \*Colocar o nome do hospital e numero de leitos

Não possui referência em hospital geral

Qual o numero de pacientes encaminhados para internação em leitos no período de Janeiro à Dezembro de 2011?Leitos de hospital geral, hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas

Hospital geral Casa de Caridade Manoel Gonçalves de Souza: pacientes

Hospital Psiquiátrico Clínica São Bento Meni: 28 pacientes

Comunidades Terapêuticas: não realiza encaminhamento para Comunidades Terapêuticas

Qual a população usuária de drogas registrada nesse CAPS em fevereiro/2012?\*

25 pacientes

Obs: não foram contabilizados os usuários de tabaco. Ressalta-se que a maioria de pacientes que apresentam a comorbidade de uso abusivo de drogas é encaminhado para o CAPS ad do município.

Há Notificação das Ocorrências (Livro de Ocorrência) ? \*- LIVRO DE OCORRENCIA

Sim

Obs: o registro das ocorrências não está sendo feito devidamente, conforme constatado para este levantamento de dados.

Descreva a rotina da unidade\*grupo terapêutico, oficinas, atendimentos, assembleias, etc

A rotina da unidade ainda está baseada, em grande parte, no modelo ambulatorial. São agendadas várias consultas, para todos os profissionais, diariamente. Há sempre um profissional de nível superior responsável por realizar os acolhimentos do dia e um outro para acompanhar os pacientes que estão em permanência-dia. As oficinas ocorrem praticamente todos os dias, mas frequentemente, apenas em um turno. Assembleias com os usuários são realizadas esporadicamente e reuniões com familiares uma vez por mês.

[Portaria 336] Possui atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros)?\*

Sim

A equipe conta com instrumentos como: entrevista social, consulta de enfermagem, anamnese, avaliação ocupacional, avaliação clínica, avaliação física?\*

Não

A equipe realiza assembleias com os pacientes?\*

Não

[Portaria 336] Possui atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio?\*

Sim

Quais as oficinas ofertadas neste CAPS?\*

Oficina de beleza e cuidados pessoais, oficina de artes, oficina múltipla de reciclagem, jornal mural, caminhada.

Há Formação/discussão de casos em equipe? \*Gestão de caso

Não

Há Programa de Educação Permanente e continuado?\*Capacitação para os profissionais

Sim

O serviço passa por auditoria?\*O médico auditor das APACs vai até a unidade para auditá-las

Não

O prontuário do paciente é arquivado em local adequado, usando procedimentos seguros, com anotações legíveis?\*

Não

A equipe realiza reuniões freqüentes, com registro em ata do assuntos discutidos e com registro de possíveis encaminhamentos?\*

Não

[Portaria 336] Possui atendimento à família?\*Grupo com familiares, atendimento sistematizado individual.

Sim

Há horário pactuado entre equipe de saúde e familiares para informações sobre os pacientes ? \*\*

Não

Há referencia e contra-referencia entre a equipe de saúde mental e instituição de referencia para internações (quando os pacientes estão internados a equipe consegue noticias?)

não

[Portaria 336] Possui atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras)?\*

Não

[Portaria 336] A equipe realiza visitas domiciliares?\*

Não

A equipe conta com o Serviço de Busca Ativa

não

A equipe conta com alternativas às práticas de Assistência nos serviços de Saúde Mental como praticas de cuidados domiciliares? \*Equipes de Assistência Domiciliar, Equipes de Matriciamento

Não

O município conta com Centro de Convivência?\*

sim

Como é feito o encaminhamento de pacientes ao Centro de Convivência\* (descreva o fluxo)

Existe um impresso, para encaminhamento escrito, mas sempre é feito contato por telefone entre um profissional do CAPS II e um profissional do Centro de Convivência. O contato entre os técnicos é mantido de forma estreita, para que o caso seja discutido sempre que necessário.

[Portaria 336] Possui atividades comunitárias focando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social? \*

Não

Há parcerias com equipamentos sociais do município para assistência aos pacientes (ex: clubes, parques, associações, etc.)\*

Não

Há algum instrumento de medição da satisfação do usuário? \*

Não

Há Mecanismos de participação ou escuta dos usuários na gestão (caixas de sugestões, pesquisas de satisfação, reuniões com familiares, conselhos locais, dentre outros)?\*

Não

Há Ouvidoria no Município, que contemple as reclamações desse CAPS? \*

Sim

Há Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) com plano de ação?\*

Não

[Portaria 336] os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberam uma refeição diária: os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias?\*

Sim

Quantidade de usuários de drogas (somatório janeiro-2011 a dezembro-2011)\*mesmo que esta unidade não seja referencia AD

O serviço não computou esses dados.

Qual o numero de pacientes atendidos por meio de judicializações neste CAPS no período de Janeiro de 2011 à Dezembro 2011\*refere-se a pacientes com encaminhamentos do judiciário ao CAPS.

Treze encaminhamentos, sem contar as medidas de segurança, que são 10 atualmente.

A unidade conta com o livro de registros de medicamentos (verificar normatização)\*

Não

Há Plano de Aplicação Medicamentosa?\*

Sim

Há Definição das interações entre fármacos ?\*

Não

Há Identificação e acompanhamento das reações adversas?\*

Não

[Portaria 336] Realiza e mantém atualizado o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS n 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS n 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial?\*

Não

Há recipientes de resíduo contaminado?\*(agulhas, seringas, entre outros)

Sim

[RDC 50 - Anexo 08 - CAPS] Há sala de dispensação de medicamentos?\*

Sim

Há Rastreabilidade dos medicamentos distribuídos?\*

Sim

Qual(is) o(s) hospital(s) que referencia leitos psiquiátricos para essa unidade?\*

Clínica São Bento Meni- Divinópolis

Qual(is) o(s) comunidade terapêutica(s) que recebe encaminhamentos d essa unidade?\*

nenhuma

## RECURSOS HUMANOS

Selecione os profissionais presentes no CAPS: \*Marque mais de uma opção

- psiquiatra
- psicologo (a)
- terapeuta ocupacional
- artesão (a)
- enfermeiro (a) com formação em saude mental
- Farmaceutico (a)
- Clinico Geral (a)
- pediatra(a)
- administrativo
- Assistente social
- profissional para limpeza (serviços gerais)
- porteiro e/ou vigia
- enfermeiro sem formação em saude mental
- Outro (especifique): auxiliar de enfermagem

A unidade conta com quantos psiquiatras? Quantos dias/semanais?\*Colocar carga horaria e dias em que há o profissional na unidade.

Três psiquiatras, cada um comparece ao serviço uma vez por semana: de 08:00 às 17:00 horas.

A unidade conta com quantos psicólogos? Quantos dias/semanais?\*Colocar carga horaria e dias em que há o profissional na unidade

6 psicólogos cada um com carga horária de 20 horas semanais, cumprindo dois dias por semana, de 10 horas cada dia.

A unidade conta com quantos enfermeiros com formação em saúde mental? Quantos dias/semanais?\*Colocar carga horaria e dias em que há o profissional na unidade

nenhum

A unidade conta com quantos enfermeiros SEM formação em saúde mental? Quantos dias/semanais?\*Colocar carga horaria e dias em que há o profissional na unidade

2 enfermeiras, cada uma com carga horária de 20 horas semanais, comparecendo ao serviço em dias alternados, em turnos de 10 horas por dia trabalhado.

A unidade conta com quantos farmacêuticos? Quantos dias/semanais?\*Colocar carga horaria e dias em que há o profissional na unidade

1 farmacêutico, com carga horária de 20 horas semanais, comparecendo ao serviço todos os dias, 4 horas por dia.

A unidade conta com quantos assistentes sociais? Quantos dias/semanais?\*Colocar carga horaria e dias em que há o profissional na unidade

1 assistente social, com carga horária de 20 horas semanais, comparecendo ao serviço todos os dias, 4 horas por dia.

A unidade conta com quantos clínicos gerais? Quantos dias/semanais?\*Colocar carga horária e dias em que há o profissional na unidade

nenhum

A unidade conta com quantos terapeutas ocupacionais? Quantos dias/semanais?\*Colocar carga horaria e dias em que há o profissional na unidade

1 terapeuta ocupacional, com carga horária de 20 horas semanais, cumprindo dois dias por semana, de 10 horas cada dia.

A unidade conta com voluntários? quantos?\*Colocar carga horária e dias em que há o profissional na unidade

Nenhum

Auxiliares de enfermagem:

3 profissionais, com carga horária de 40 horas semanais, cumprindo 8 por dia, todos os dias da semana.

Artesão/ oficineiras

2 profissionais, com carga horária de 20 horas semanais que são divididas entre os três serviços de saúde mental do município. No CAPS ad cada uma realiza oficinas duas vezes por semana, cada oficina com 4 horas de duração.

## DADOS EPIDEMIOLOGICOS

Índice de pacientes classificados F10\* (fonte: Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento CID- 10)

2,1 %

Índice de pacientes classificados F11 (fonte: Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento CID- 10)

0

Índice de pacientes classificados F12\* (fonte: Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento CID- 10)

0

Índice de pacientes classificados F13\* (fonte: Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento CID- 10)

0

Índice de pacientes classificados F14\*(fonte: Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento CID- 10)

4,2 %

Índice de pacientes classificados F15\*(fonte: Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento CID- 10)

0

Índice de pacientes classificados F16\*(fonte: Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento CID- 10)

0

Índice de pacientes classificados F17\*(fonte: Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento CID- 10)

0

Índice de pacientes classificados F18\*(fonte: Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento CID- 10)

0

Índice de pacientes classificados F19\*(fonte: Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento CID- 10)

4,2%

Índice de pacientes classificados F20 - 29\*(fonte: Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento CID- 10)

51,2 %

Índice de pacientes classificados F30 - 39\*(fonte: Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento CID- 10)

24,8%

Índice de pacientes classificados F40 - 49\*(fonte: Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento CID- 10)

3%

Índice de pacientes classificados F50 - 59\*(fonte: Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento CID- 10)

0

Índice de pacientes classificados F60 - 69\*(fonte: Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento CID- 10)

9%

Índice de pacientes classificados F70 - 79\*(fonte: Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento CID- 10)

4,5%

Índice de pacientes classificados F80 - 89\*(fonte: Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento CID- 10)

0

Índice de pacientes classificados F90 - 99\*(fonte: Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento CID- 10)

0

Índice de pacientes classificados B22\*(fonte: Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento CID- 10)

0

Índice de pacientes classificados G24.0\*(fonte: Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento CID- 10)

0

Índice de pacientes classificados X60 - X84\*(fonte: Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento CID- 10)

0

Índice de pacientes classificados Y06\*(fonte: Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento CID- 10)

0

Índice de pacientes classificados Z50.2\*(fonte: Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento CID- 10)

0

Índice de pacientes classificados Z50.3\*(fonte: Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento CID- 10)

0

Índice de pacientes classificados Z63\*(fonte: Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento CID- 10)

0

Outras classificações diagnósticas não descritas. Cite-as\*(fonte: Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento CID- 10)

Não houve registro

Qual a média de pacientes recebidos por esta unidade egressos de internação? (Janeiro à Dezembro de 2011)\*

8 pacientes

Qual a média de pacientes encaminhados por esta unidade para internação? (Janeiro à Dezembro de 2011)\*

28 pacientes ( hospital psiquiátrico)

Como funciona o encaminhamento de pacientes para internações quando necessário?\*

Como o município conta com um único hospital, onde funciona o pronto socorro e nele não existe leito retaguarda para a saúde mental, os pacientes geralmente são mal atendidos, sem o devido encaminhamento para os CAPS. Temos muita dificuldade de conseguir pernoite ou permanência para pacientes em crise.

Para as internações psiquiátricas, as AIHs emitidas no CAPS ad são cadastradas na central de internação do hospital geral, uma vez que na Secretaria Municipal de Saúde não há essa regulação para esse tipo de internação, sendo cadastrada no SUS-fácil, ficando o paciente na fila de espera por um leito no hospital Bento Meni em Divinópolis que pode chegar a 3 meses de espera.

Há Algum tipo de pactuação entre este serviço de saúde e Hospital com leitos para internação?\*

Há pactuação para internação psiquiátrica no hospital regional São Bento Meni;

Não há pactuação para internação em Hospital geral.

Há no município associações de usuários dos serviços de saúde mental? Como ela funciona?\*

Não

Há no município algum programa de geração de renda?\* (que contemple os usuários dos serviços de saúde mental)

não

Quais as instituições parceiras na assistência ao usuário dos serviços de saúde mental?\*Se houver descreva como acontece tal parceria

Não há parcerias

Quais os principais problemas enfrentados por esta unidade de saúde mental referentes a assistência aos usuários deste serviço?

A prática das referências ainda não é suficiente bem como o trabalho em equipe

Constante troca de gerência ou momentos de ausência desta,

O CAPS II de Itauna, completou 25 anos de existência de atendimento à saúde mental da população em Itauna e diante disso, espera-se que esse serviço estivesse melhor estruturado sob diferentes aspectos, o que aponta para a urgência de se buscar a curto e médio prazo o aprimoramento e ampliação não só do CAPS II mas da rede de atenção em saúde mental.

Ao se fazer uma avaliação processual, percebe-se que a falta de apoio de setores da rede de saúde, de outros setores da prefeitura e da rede intersetorial se dá pelo desconhecimento da importância de se promover a saúde mental da população, além da necessidade de prevenir e tratar os adoecimentos psíquicos da mesma. Acreditamos que uma mudança de paradigma começa com a transformação nas formas de concepção, sendo a formação continuada e a capacitação dos profissionais é condição indispensável para uma mudança de mentalidade. A divulgação dos serviços e projetos de Saúde Mental e a participação dos portadores de sofrimento mental em programas e eventos da cidade são importantes para a edificação de práticas de inclusão, que possibilitem o exercício de sua cidadania.

Além disso, o CAPS II é um serviço que precisa funcionar sob a lógica do SUS, da saúde pública, da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, precisa reaprender a ser um CAPS. Necessita ainda, funcionar sob a perspectiva de equipe e não somente do somatório de profissionais.

Diante da relevância que a saúde mental ou o adoecimento mental acarretam na vida das pessoas no mundo contemporâneo, ressaltamos que o não reconhecimento de sua importância por parte dos gestores acaba por comprometer a qualidade dos serviços prestados e a quantidade de procedimentos realizados. É urgente que os gestores olhem de forma mais cuidadosa para esse aspecto da saúde da população, pois seu desconhecimento e conseqüente falta de priorização não se constituem apenas como descaso mas como prejuízo à atenção dispensada aos usuários e familiares dos serviços de saúde mental. Ainda do ponto de vista da gestão, avaliamos que a constante troca de gerentes no CAPS II, sem a devida observância de critérios para a ocupação dessa função, demonstra ter um efeito precarizador sobre o funcionamento do serviço como um todo. Secretários Municipais de Saúde e de diretores e coordenadores dos setores acarreta prejuízos inúmeros ao SUS local, penalizando a população.

Enfatizamos ainda a falta de suporte de dispositivos-chave da rede, como o SAMU e Hospital Geral nos momentos de crises agudas o que gera desassistência às urgências e inviabiliza a redução do número de internações psiquiátricas. (Ver anexo I)

Por último, nossa análise aponta que muitos projetos e iniciativas não tiveram desfecho, estando paralisados ou engavetados nas estâncias superiores da administração municipal. Como mais importantes citamos o Projeto CAPS i, para criação de atendimento infanto-juvenil; o Projeto de Saúde do Preso para viabilizar atendimento à população prisional; o NASF ou equipe de Matriciamento juntamente com o Projeto de Descentralização da saúde mental para a atenção primária e atendimento hospitalar; o Projeto de criação de um SRT (serviço residencial terapêutico) para pacientes com longa internação psiquiátrica; criação da enfermaria de saúde mental no Hospital Manoel Gonçalves; criação do núcleo do PAI-PJ para acompanhamento de pacientes com medida de segurança; aprovação do Plano Local pela Câmara de Vereadores. Concluímos diante do exposto que muitos de nossos esforços foram em vão, gerando desmotivação das equipes e descrédito do município pois existe a construção de propostas e projetos mas não existe apoio da gestão para sua implantação e efetivação. Assim, o município

deixa de promover cuidados em saúde especialmente a grupos mais vulneráveis como é o caso de crianças e adolescentes e pessoas em privação de liberdade.

Outros pontos elencados pela equipe:

- 1- Constatamos que não há uma padronização de arquivamento de documentos recebidos nem emitidos, bem como inexistente um banco de dados para consulta. O serviço não é informatizado, não possui prontuários eletrônicos ou nenhum outro dispositivo como um sistema para gerenciar a compilação desses dados, tão preciosos ao serviço;
- 2- O arquivo de prontuários é precário, não oferecendo condições devidas de armazenamento, sigilo e resguardo dos mesmos;
- 3- Ausência de programa na esfera estadual para acompanhamento e monitoramento das ações e da atuação da saúde mental;
- 4- Falta de padronização dos atendimentos, sem a devida utilização de instrumentos como entrevista social, consulta de enfermagem, anamnese, avaliação ocupacional, avaliação clínica, avaliação física, dentre outros;
- 5- Um dos grandes problemas é a experiência arraigada do modelo ambulatorial de atendimento, com certa resistência de alguns profissionais para com a mudança;
- 6- Falta de programa de educação permanente e continuado para os profissionais em saúde pública, saúde mental, psicopatologia, clínica de álcool e drogas e redução de danos, de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, o que obviamente vem a comprometer de forma direta a qualidade do serviço ofertado ao público alvo;
- 7- Falta de veículo específico para atender aos CAPS de Itaúna o que inviabiliza práticas de cuidados domiciliares, apoio matricial em saúde mental à atenção básica de saúde, busca ativa, visitas domiciliares, realização de atividades externas com os usuários do serviço;
- 8- Falta de manutenção do serviço como reparos, troca de lâmpadas, infiltrações e outros transtornos de toda sorte que causam incômodo aos usuários e prejudicam o bom funcionamento do serviço;
- 9- Inexistência de um adiantamento de despesas para gastos mensais com o serviço como é feito na rede FHEMIG, o que favorece o bom andamento dos trabalhos, desburocratizando ações que podem ser agilizadas pela gerência da unidade;
- 10- Falta de equipe de matriciamento e de profissionais de saúde mental na atenção básica;
- 11- Falta de materiais de todo tipo como limpeza, higiene pessoal, material para realização de oficinas, almoxarifado, papelaria, alimentação;

- 12- A Sala de urgência não é equipada, tendo somente duas camas, sem carrinho de parada, sem bala de oxigênio ou qualquer outro equipamento que possa socorrer uma urgência;
- 13- Falta de medicação, principalmente medicações específicas à clínica de álcool e outras drogas como tiamina, citoneurim, dentre outros;
- 14- Inexistência de insumos e cartilhas pra trabalhos de matriciamento, divulgação e informação sobre atenção à saúde mental;
- 15- Dificuldade de implementação da supervisão mesmo após o repasse da verba pelo Ministério da Saúde Fundo a Fundo;
- 16- Falta do leito no hospital geral para dar suporte às crises, principalmente nas horas em que o CAPS II está fechado, o que tem mantido alto índice de internações no hospital psiquiátrico, indo na contramão das diretrizes colocadas pelo Ministério da Saúde;
- 17- Falta da devida capacitação e de preparo dos profissionais da rede de saúde pública para trabalhar com as questões de saúde mental e psicopatologia na rede;
- 18- Inexistência de assistência em saúde mental em outros pontos da rede de saúde municipal, além dos CAPS;
- 19- Falta do devido arquivamento de AIHs psiquiátricas no setor responsável da SMS, inclusive sem que a regulação dessas internações passe pela saúde mental;
- 20- Inexistência de serviço de saúde mental infanto-juvenil no município, sem a devida adequação dos CAPS para atender o aumento crescente da demanda de atendimento para esse público. Não adequação dos serviços para o efetivo atendimento e assistência na rede, de acordo com o ECA;
- 21- Falta de projeto de geração de renda para os usuários e de uma associação para os mesmos;

## CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

Escolha o tipo de CAPS

- CAPS II

## ANEXO 2

**Ministério da Saúde**  
**Secretaria de Atenção à Saúde**  
**Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**  
**Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas**

### Edital

IV Chamada para Supervisão Clínico-Institucional dos CAPS e Rede de Atenção Psicossocial (“Supervisão IV”)

Portaria GM 1174, de 07.07.05

#### I- Introdução:

1. Considerando que o funcionamento eficaz e adequado dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) depende de um esforço permanente de qualificação destes serviços, a Portaria GM 1174, de 07 de julho de 2005, instituiu um incentivo financeiro para os Estados e municípios desenvolverem projetos de Qualificação do Atendimento e da Gestão dos CAPS (QUALI-CAPS). Entre os anos de 2005, 2007 e 2008, 375 CAPS já receberam o incentivo do Ministério da Saúde. Foram realizadas chamadas por Edital em novembro de 2005 (Supervisão I), novembro de 2007 (Supervisão II) e abril de 2008 (Supervisão III).
2. Através do presente Edital, o Ministério da Saúde informa a abertura de inscrições para a seleção de 150 novos Projetos de Qualificação do Atendimento e Gestão dos CAPS, que deverão receber a primeira parcela do incentivo em 2009. Com este incentivo financeiro, pretende-se fomentar ações de qualificação dos serviços, principalmente a implantação de ações de supervisão clínico-institucional nos CAPS (e na rede de atenção psicossocial).
3. Os projetos a serem considerados devem estar em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental e com as recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que deliberou pela implantação de programas estratégicos, interdisciplinares e permanentes que promovam a qualificação da rede de atenção psicossocial.
4. Para inscrever-se, o CAPS deve estar cadastrado junto ao Ministério da Saúde.

## II – Das inscrições para o processo seletivo:

1. As inscrições para a III Chamada para Supervisão Clínico-Institucional dos CAPS e Rede de Atenção Psicossocial (“Supervisão III”) serão feitas através de formulário eletrônico,

disponível no endereço

[http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id\\_aplicacao=2342](http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=2342) ,

entre os dias 22 de dezembro de 2008 e 30 de janeiro de 2009.

2. O formulário eletrônico deverá ser preenchido pelo Coordenador de Saúde Mental do Município ou pelo Coordenador (a) do Centro de Atenção Psicossocial proponente, devendo ser resultante de um processo coletivo de construção do projeto de supervisão clínico-institucional para o CAPS. Para o preenchimento do formulário, é necessário ter disponível:

- a) dados de identificação do CAPS;
- b) dados de identificação dos gestores municipais (Secretário Municipal de Saúde e Coordenação de Saúde Mental do Município) e da Coordenação do CAPS,
- c) dados de identificação do (a) supervisor (a),
- d) arquivo eletrônico com o curriculum vitae ( Lattes ou modelo em anexo) do supervisor proposto.
- e) arquivo eletrônico contendo texto do supervisor em resposta ao item 9 do modelo de currículo resumido e
- e) arquivo eletrônico com o Projeto de Qualificação do Atendimento e Gestão do CAPS.

3. É necessário preencher um formulário eletrônico para cada CAPS participante do processo seletivo, e as inscrições se darão exclusivamente através deste dispositivo.

4. A comprovação das informações prestadas, assim como outros documentos exigidos pela PT GM 1174/2005, serão solicitadas apenas aos CAPS selecionados e são indispensáveis para a confirmação da seleção. Os documentos obrigatórios, a serem enviados posteriormente, são:

- a) ofício do gestor solicitando o repasse do incentivo,
- b) projeto técnico (item IV deste Edital) assinado pelo supervisor e pelo responsável pela área de saúde mental do município e
- c) comprovante da maior titulação do supervisor.

5. Para participar da seleção, não é necessário enviar material impresso para a Coordenação de Saúde Mental/MS. Todo o processo é realizado por meio eletrônico.

### III – Dos critérios para a seleção dos serviços:

A Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde selecionará os 150 projetos a serem contemplados a partir de critérios que objetivam privilegiar municípios e regiões com baixo acesso ao mecanismo de supervisão clínico-institucional, além de serviços que vêm enfrentando dificuldades específicas de funcionamento (como CAPS III, CAPSad e CAPSi). Para a seleção dos projetos, serão considerados, e combinados, os seguintes critérios:

1. Distribuição regional/estadual. Os CAPS de municípios das regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste, nesta ordem, serão considerados prioritários para o recebimento do incentivo financeiro. As regiões Sul e Sudeste também serão contempladas em seguida, de forma que todas as regiões possam ser beneficiadas por este edital.
2. Programa de Supervisão implantado. Municípios sem programa de supervisão clínico-institucional em andamento serão considerados prioritários. Entretanto, será levada em conta também a continuidade de programas de supervisão já implantados.
3. Tipo de CAPS. Terão prioridade para o recebimento de incentivo financeiro os CAPS III, CAPSad, CAPSi, CAPS I e CAPS II, nesta ordem de prioridade.
4. Recebimento anterior de incentivo. Terão prioridade os CAPS que não receberam incentivo para o desenvolvimento de Programa de Qualificação do Atendimento e Gestão dos CAPS pelas seleções efetuadas em 2005 e 2007, e aqueles CAPS que, tendo recebido o incentivo anteriormente, cumpriram com os requisitos estabelecidos no Art. 6º, parágrafo 3º, da Portaria GM 1174/2005.
5. Projeto de Qualificação: Serão selecionados os projetos de melhor qualidade técnica, que contemplem supervisão clínico-institucional, articulação no território e com a rede básica (inclusive ações de apoio matricial), proposta de continuidade e sustentabilidade do projeto proposta de monitoramento e avaliação de resultados do projeto. Serão também analisados curriculum vitae do(a) supervisor(a) indicado(a) pelo CAPS e texto do supervisor em resposta ao item 9 do modelo de currículo resumido. A resposta ao item 9 é obrigatória.
6. Desinstitucionalização. Serão considerados prioritários os projetos de CAPS sediados em municípios/regiões em processo de desinstitucionalização, especialmente os que beneficiem pacientes com internações de longa duração.
7. Projeto “Arte, Cultura e Renda nos CAPS”. Serão considerados prioritários os

serviços que possuam projetos de geração de renda, atividades culturais e oficinas de arte.

8. Distância de Centros de Formação. Serão considerados prioritários os projetos de CAPS que estejam distantes de, ou tenham dificuldade ao acesso a Centros de Formação universitários ou outros.

#### IV – “Do Projeto de Qualificação do Atendimento e da Gestão do CAPS”:

Os Projetos de Qualificação dos CAPS deverão contemplar:

1. Supervisão clínico-institucional regular com profissional com experiência comprovada na área de saúde mental, com uma regularidade de no mínimo uma vez ao mês, com duração de um ano. A supervisão deverá ser preferencialmente semanal, mas poderá ser quinzenal, nos casos em que isto se justifique pela inviabilidade de profissionais no município e/ou região; em situações específicas, justificadas por dificuldades de acesso, será considerada a possibilidade de supervisão mensal.

Entende-se como supervisão clínico-institucional um espaço de discussão e estudo da equipe técnica do CAPS a respeito tanto dos projetos terapêuticos individuais e do serviço, quanto das articulações com o território onde o CAPS se situa e dos processos de gestão e da clínica do serviço.

2. Proposta objetiva de continuidade e sustentabilidade do projeto.
3. Proposta objetiva de monitoramento e avaliação de resultados do projeto.
4. Currículo vitae do(a) supervisor(a) indicado(a) pelo CAPS.
5. Texto do supervisor em resposta ao item 9 do modelo de currículo resumido (obrigatório).

Este Edital oferece, em anexo, um Roteiro para a apresentação dos Projetos e um modelo de currículo do(a) supervisor(a).

#### V – Da Responsabilidade do Gestor Municipal (ou Estadual, se for o caso) e do Supervisor

Os Projetos apoiados através deste Edital constituem incentivo à gestão municipal para Qualificação da Rede de Saúde Mental. As relações contratuais entre o município e o supervisor são de responsabilidade da gestão local.

#### VI - Do Resultado da Seleção

A listagem com os 150 Projetos selecionados estará disponível nos sítios [www.saude.gov.br/bvs/saudemental](http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental) e [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br), a partir do dia 27 de fevereiro de 2009.

Os CAPS selecionados deverão enviar até o dia 10 de março, via Fax Simile, o Ofício do Gestor Municipal de Saúde, nos termos do Art 5º da Portaria GM 1174/2005. O documento deverá ser enviado para:

Fone/Fax (61) 33153920 ou Fone/Fax (61) 33153403.

Os documentos exigidos pela Portaria GM 1174/2005 (item II.4 deste Edital) devem ser enviados até o dia 13 de março (data de postagem), para:

Ministério da Saúde  
Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas  
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 6º andar, sala 603  
CEP: 70058 900  
Brasília – DF.

O envio destes documentos é indispensável para a confirmação da seleção.

#### VII – Informações Adicionais

Este Edital é parte da política de Formação Permanente e Qualificação da Atenção em Saúde Mental no SUS. O incentivo à supervisão clínico-institucional articula-se com o projeto “Escola de Supervisores”, originado de recomendação do I Congresso Brasileiro de CAPS em 2004.

Brasília, 16 de dezembro de 2008.

Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPE/SAS