

FACULDADE LABORO  
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

**LAÍS OLIVEIRA ARAÚJO**

**O ATENDIMENTO PSIQUIÁTRICO EM PAULINO NEVES-MA:** um relato de  
experiência.

São Luís -MA  
2017

**LAÍS OLIVEIRA ARAÚJO**

**O ATENDIMENTO PSIQUIÁTRICO EM PAULINO NEVES-MA: um relato de  
experiência.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Especialização em Saúde Mental e  
Atenção Psicossocial, da Faculdade Laboro, para  
obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Prof. Mestre Luciana Cruz Rodrigues  
Vieira

São Luís- MA  
2017

Araújo, Laís Oliveira

O atendimento psiquiátrico em Paulino Neves-MA: um relato de experiência / Laís Oliveira Araújo-. São Luís, 2017.

Impresso por computador (fotocópia)

37 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) Faculdade LABORO. -. 2017.

Orientadora: Profa. Mestre Luciana Cruz Rodrigues Vieira

1. Saúde mental. 2. Atenção básica. 3. Psiquiatria. I. Título.

CDU:616.89

**LAÍS OLIVEIRA ARAÚJO**

**O ATENDIMENTO PSIQUIÁTRICO EM PAULINO NEVES-MA: um relato de  
experiência.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Especialização em Saúde Mental e  
Atenção Psicossocial da Faculdade Laboro, para  
obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Prof. Mestre Luciana Cruz Rodrigues  
Vieira

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof<sup>a</sup>. Mestre Luciana Cruz Rodrigues Vieira (Orientadora)**

Graduada em Farmácia  
Especialista em Residência Multiprofissional em Saúde  
Mestre em Saúde Materno-Infantil  
Universidade Federal do Maranhão

---

**Examinador 1**

---

**Examinador 2**

A todas as pessoas com transtorno  
ou em sofrimento mental atendidas pelo SUS.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pela maior demonstração de amor, exemplo de compaixão e cuidado, tão necessários ao atendimento de pacientes com transtornos mentais.

Aos meus pais, Otacílio e Nilce Bezerra, por me ensinarem que é melhor dar do que receber.

À minha irmã e ao meu cunhado, pelo carinho e amor demonstrados a mim, mesmo quando estamos em cidades diferentes.

Ao meu noivo, Josielton Carvalho, pelo incentivo constante aos estudos e à minha carreira profissional, não me deixando esquecer os propósitos de Deus para nossas vidas.

Aos amigos de São Luís, pelo companheirismo e momentos de descontração, muito obrigada.

Aos novos amigos conquistados em Paulino Neves, que me acolheram gentilmente e me fizeram parte da família. Família Assunção, vocês são um presente precioso de Deus para mim.

Ao dr. Ruy Palhano, pelo incentivo, exemplo de cuidado, responsabilidade e por tornar real o conceito de interdisciplinaridade.

À Prefeitura de Paulino Neves e Secretaria de Saúde, obrigada pelo apoio e credibilidade.

À Faculdade Laboro, professores e toda a equipe de funcionários. Obrigada pelo ensino, pelas reflexões e pelo apoio nesta jornada.

## RESUMO

A saúde mental é determinada por uma série de fatores socioeconômicos, biológicos e ambientais. Assim, este trabalho relata a experiência de atendimento psiquiátrico em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no município de Paulino Neves- MA, realizados entre Fevereiro de 2015 e Novembro de 2016. Este trabalho tem por objetivo relatar tal experiência como uma alternativa de atendimento em saúde mental na atenção básica. Visa também estabelecer ponderações e reflexões acerca da experiência relatada, com base no aparato teórico que rege o SUS. O atendimento, apesar do curto período de tempo em que ocorreu, demonstrou visível melhora no quadro geral dos pacientes. Fato relatado pela equipe de trabalho da UBS e pelas famílias, que sofriam juntamente com os pacientes, e tiveram seu sofrimento minimizado após os atendimentos. Também destaca-se como resultado, os dados coletados, a documentação e os relatórios gerados que possibilitaram a identificação das doenças mais freqüentes e o planejamento de ações de cuidado para essas pessoas e suas famílias. Espera-se, assim, que tal experiência contribua para a atuação de profissionais da área, ampliando o efeito dessa experiência como potencial exemplo para outros estudos e vivências, além de cooperar para a melhoria do acolhimento e tratamento de pessoas portadoras de transtornos ou em sofrimento mental e suas famílias.

**Palavras- chaves:** Saúde mental; Atenção básica; Psiquiatria.

## **ABSTRACT**

Mental health is determined by a number of socioeconomic, biological and environmental factors. Thus, this paper reports the experience of psychiatric care in a Basic Health Unit (BHU) in the municipality of Paulino Neves- MA, conducted between February 2015 and November 2016. This study aims to report such experience as an alternative mental health care in basic care. It also aims to establish weights and reflections about the experience reported, based on the theoretical apparatus that governs SUS. The care, despite the short period of time in which it occurred, showed a visible improvement in the general patient profile. A fact reported by the UBS work team and the families, who suffered together with the patients, and had their suffering minimized after the visits. As a result, the collected data, documentation and generated reports that enabled the identification of the most frequent diseases and the planning of care actions for these people and their families are highlighted as a result. It is hoped, therefore, that such experience will contribute to the work of professionals in the field, expanding the effect of this experience as a potential example for other studies and experiences, and cooperate to improve the reception and treatment of people suffering from disorders or suffering their families.

Keywords: Mental health; Basic Attention; Psychiatry.

## LISTA DE QUADROS

**Quadro 1-** Ações e serviços de atendimento da Rede de Atenção à Saúde em Paulino Neves- MA, 2016.....25

**Quadro 2-** Descrição da estrutura física da Unidade de Saúde de Saúde Santa Terezinha, Paulino Neves- MA, 2016.....25

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1-</b> Processo de atendimento de pacientes psiquiátricos na Unidade de Saúde Santa Terezinha, Paulino Neves - MA, 2015-2016.....	26
---	----

## LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1-** Dados dos atendimentos divididos por categorias: sexo, número total de pacientes atendidos e número total de atendimentos, Unidade Básica de Saúde Santa Terezinha, Paulino Neves- MA, 2015-2016.....29
- Gráfico 2-** Total de transtornos identificados, Unidade Básica de Saúde Santa Terezinha, Paulino Neves- MA, 2015-2016.....30

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1-</b> Diagnósticos mais frequentes em porcentagem, Unidade Básica de Saúde Santa Terezinha, Paulino Neves- MA, 2015-2016.....	31
--	----

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>2. RELATO DE EXPERIÊNCIA .....</b>	<b>17</b>
<b>2.1 Atendimento em Saúde Mental na Atenção Básica .....</b>	<b>17</b>
<b>2.2 Local da Pesquisa.....</b>	<b>22</b>
<b>2.3 Processo de Trabalho.....</b>	<b>26</b>
<b>3. PRINCIPAIS DADOS IDENTIFICADOS DURANTE OS ATENDIMENTOS .....</b>	<b>28</b>
<b>4. DISCUSSÃO .....</b>	<b>31</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>33</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>36</b>

## 1. INTRODUÇÃO

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 afirma que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Dessa maneira, garante por meio de políticas sociais e econômicas a redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal igualitário às ações e serviços de saúde, para sua promoção, proteção e recuperação.

Assim, sabe-se que somente a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser um direito de todos. Já que antes a saúde era garantida apenas àqueles que tinham condições de pagar pela assistência privada e aos que eram segurados da previdência social, estes somente se estivessem com os pagamentos em dia.

Porém, para que os avanços fossem conquistados, é importante frisar a luta de vários setores da sociedade, tais como técnicos do setor de saúde, gestores e sociedade organizada que juntos propuseram um sistema único, pautado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 1988).

Como afirma PAIM (2015):

Com a Constituição da República de 1988, a saúde passou a ser reconhecida como um direito social, isto é, inerente à condição de cidadão. Assim, coube ao poder público o encargo de garanti-lo: *A saúde é direito de todos e dever do Estado* (art.196). Essa conquista política e social pode ser atribuída a diversas lutas e esforços empreendidos pelo Movimento da Reforma Sanitária, entre 1976 e 1988.

Destaca-se ainda o avanço no modelo de assistência à saúde, visto que esta não era mais entendida apenas como ausência de doenças, mas um estado de bem estar biopsicossocial. Assim, os serviços de saúde passaram a se organizar também com foco na prevenção e proteção e não somente na cura de doenças e seus agravos (OMS, 1946).

Assim, após a Constituição de 1988 surgem outros marcos legais para organizar e afirmar o novo sistema de saúde proposto. A Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990, que rege as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, assegura:

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (*“Caput” do artigo com redação dada pela Lei nº 12.864, de 24/9/2013*)

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

Concomitante à estruturação do SUS, também era notável a luta no campo da Saúde Mental. Assim, a I Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em 1987 em desdobramento à 8ª Conferência Nacional de Saúde, estruturou-se a partir de três eixos (BRASIL. MS, 1988):

- 1- Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre a saúde e doença mental;
- 2- Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde;
- 3- Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental.

Entre as recomendações contidas em seu relatório final consta:

- Os trabalhadores de saúde mental devem fazer uma revisão crítica, redefinir o seu papel na sociedade, reorientar a sua prática e configurar a sua identidade ao lado das classes exploradas. Além de combater a violência nas instituições, unir esforços com a sociedade civil, lutar por melhores condições de trabalho e salário e também das condições institucionais e de vidas das pessoas.
- Implantação de espaços de participação efetiva da população organizada no processo de elaboração e implementação de políticas. Prioridade de atendimento extra-hospitalar e multiprofissional, rompendo com os ideais hospitalocêntricos, com preferência aos tratamentos não asilares. Redução progressiva de leitos em Hospitais Psiquiátricos e apoio às pessoas internadas e crônicas.
- Revisão da legislação quanto às interdições e aos estados de incapacidade civil. Responsabilidade da equipe multiprofissional pelo diagnóstico e tratamento, legalmente questionada pelo paciente, familiares ou entidades civis. Entre outros.

Percebe-se, assim, que os avanços conquistados nesse período foram essenciais para o estabelecimento das políticas que temos hoje. Como afirma BEZERRA (2007):

Apesar das conhecidas dificuldades enfrentadas pelo sistema de saúde pública no Brasil, é fato que o cenário psiquiátrico brasileiro vem mudando a olhos vistos. Os mais de mil Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) espalhados pelo país vêm modificando fortemente a estrutura da assistência à saúde mental. A rede composta por este tipo de equipamento vem substituindo progressivamente o modelo hospitalocêntrico e manicomial, de características excludentes, opressivas e reducionistas. Em seu lugar vem sendo construído um sistema de assistência orientado pelos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (universalidade, equidade e integralidade), acrescido da proposta de desinstitucionalização - cujo alcance ultrapassa os limites das práticas de saúde e atinge o imaginário social e as formas culturalmente validadas de compreensão da loucura.

Dessa maneira, este trabalho tem por objetivo relatar a experiência de atendimento a pessoas com transtornos mentais em uma Unidade Básica de Saúde, como uma alternativa de atendimento em saúde mental na atenção básica. Sem deixar de lado os pressupostos teóricos que regem as políticas de saúde no país.

Visa também estabelecer ponderações e reflexões acerca da experiência relatada, com base no seu respectivo aparato teórico. Espera-se ainda que tal experiência contribua para a atuação de profissionais da área, ampliando o efeito dessa experiência como potencial exemplo para outros estudos e vivências.

O lugar escolhido foi um pequeno município no interior do estado do Maranhão, Paulino Neves. Dessa maneira, este trabalho detalhará as especificidades do município importantes para o entendimento dos fatores de risco e proteção da população.

Assim, este trabalho irá abordar primeiramente as possibilidades de atendimento em saúde mental na Atenção Básica. Posteriormente, relatará como os atendimentos eram realizados, descreverá a experiência e demonstrará os principais transtornos identificados. Por fim, discutirá o tema, baseando-se nos principais documentos legais norteadores de tal prática e também no processo de avaliação de qualidade em saúde proposto por Donabedian.

É importante destacar que os dados da experiência foram coletados a partir de informações fornecidas pelos funcionários, documentos da Secretaria de

Saúde do referido município, prontuário e fichas de acompanhamento multidisciplinar.

Assim, espera-se com este trabalho por em prática o arcabouço teórico recebido e discutido durante o curso, bem como oferecer melhorias para o serviço analisado e oferecer novas possibilidades de atuação.

## **2. RELATO DE EXPERIÊNCIA**

### **2.1 Atendimento em Saúde Mental na Atenção Básica**

A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2012) aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

A Atenção Básica, em seus fundamentos e diretrizes, afirma que a unidade de saúde deve receber e ouvir todas as pessoas que procuram seus serviços, de modo universal, sem exclusão. E que esta deve ser a porta preferencial de entrada para a rede de atenção, através da qual se promove acolhimento, vinculação e co-responsabilização.

Dessa maneira, inclui-se também as pessoas com transtorno mental que fazem parte do território abrangido pela atuação da Equipe de Saúde da Família e sua correspondente Unidade Básica de Saúde. Assim, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) afirma:

As práticas em saúde mental na Atenção Básica podem e devem ser realizadas por todos os profissionais de Saúde. [...] Mesmo os profissionais especialistas em saúde mental elaboram suas intervenções a partir das vivências nos territórios. Ou seja, o cuidado em saúde mental não é algo de outro mundo ou para além do trabalho cotidiano na Atenção Básica. Pelo contrário, as intervenções são concebidas na realidade do dia a dia do território, com as singularidades dos pacientes e de suas comunidades.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde (2016), a saúde mental é parte integrante e essencial da saúde. Assim, a Constituição da Organização Mundial da Saúde de 1946 diz que a saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social, o que não quer dizer a

ausência de doenças ou enfermidades. Então, entende-se também que a saúde mental não é meramente a ausência de sofrimento ou transtornos mentais.

Nesse sentido, a saúde mental, segundo a OPAS/OMS (2016), é determinada por uma série de fatores socioeconômicos, biológicos e ambientais. Dessa forma, também afirma:

A saúde mental é um estado de bem-estar no qual um indivíduo realiza suas próprias habilidades, pode lidar com as tensões normais da vida, pode trabalhar de forma produtiva e é capaz de fazer contribuições à sua comunidade.

No que se refere às políticas nacionais para o cuidado em saúde mental, destaca-se a Lei 10.216/2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Assim também a Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011, que 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 SUS.

Percebem-se, assim, os avanços na década de 2000. Neste período, amplia-se fortemente a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que passa a integrar o conjunto das redes essenciais para a constituição das regiões de saúde.

Destaca-se também, além das Unidades Básicas de Saúde, como equipamentos substitutivos ao modelo manicomial: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência (Cecos), dentre outros (BRASIL, 2013).

Diante do que foi exposto, é importante frisar que “nessa nova forma de cuidado, a lógica manicomial se dissipa. Em vez de ‘ajudar’ as famílias retirando seus membros mais ‘problemáticos’ do núcleo familiar, propõe-se, agora, ajudar a família para que esta ajude seus membros mais necessitados.” (BRASIL, 2013a).

É nesse sentido que o Ministério da Saúde estabelece quatro princípios para a ação em saúde mental destinada a todos os profissionais de saúde que possam atender pessoas com transtornos mentais. São eles (BRASIL, 2013a):

1. Tratar e apoiar o grupo familiar para que este possa lidar de modo mais salutar com seu membro mais doente e não retirá-lo do convívio como forma de “resolver” o problema.
2. Priorizar as famílias com maior risco e que se encontram com maior dificuldade para enfrentar o problema.
3. Buscar e estimular parcerias no território para garantir o atendimento.
4. Monitorar e acompanhar, passo a passo, cada paciente, individualmente.

Não obstante, para que todas essas práticas sejam realizadas, é necessário que haja uma Rede de Atenção à Saúde estabelecida no território. Assim, segundo Decreto nº 7508/11, a Rede de Atenção à Saúde é o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em ordem crescente de complexidade, com o objetivo de garantir a integralidade de assistência à Saúde. Dessa maneira, deve conter minimamente ações e serviços de:

- atenção primária;
- urgência e emergência;
- atenção psicossocial;
- atenção ambulatorial especializada e hospitalar;
- vigilância em saúde;

Ainda segundo este mesmo decreto, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) deve ser integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender pessoas em sofrimento e/ou com transtornos mentais e ainda aquelas com demandas decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas.

Ao considerar as especificidades regionais, deve dar ênfase aos serviços de base comunitária, pois estes possuem a capacidade de se adequar às demandas dos usuários e dos familiares.

Para isso, a RAPS atua na perspectiva territorial, identifica locais e pessoas de apoio, as características do território (dificuldades e potencialidades), além de outros serviços da própria Rede de Atenção à Saúde e, a partir disso, amplia a dimensão do cuidado integral e transforma relações (BRASIL, 2011).

Dessa maneira é preciso atentar para as práticas de saúde mental como ações associadas aos cuidados com a saúde como um todo. Saúde mental faz parte da saúde e é por isso que todos os profissionais de saúde, principalmente os da Atenção Básica, precisam compreender quais os cuidados principais para lidar com as questões dos familiares e de pacientes com transtornos ou em sofrimento mental.

É com essa perspectiva que o acolhimento é prática básica e essencial para a construção do SUS e dos cuidados em saúde mental para todos os profissionais da saúde, sejam eles especialistas ou não.

Assim, o Ministério da Saúde em sua Política Nacional de Humanização, HumanizaSUS, (BRASIL, 2010), diz:

O acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde. Favorece, também, a possibilidade de avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial da e para a população brasileira.

O acolhimento, segundo a Política Nacional de Humanização, entendido como uma ação de aproximação e inclusão, atitude de relação com algo ou alguém, é também uma diretriz ética-estética-política de extrema relevância para o SUS e todas as suas dimensões. Dessa maneira, afirma:

Ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida; Estética porque traz para as relações e os encontros do dia-a-dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade; Política porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros (Brasil, 2010).

Também é importante ressaltar que o acolhimento é mais que uma diretriz, é uma ferramenta de intervenção, que permite reavaliar os serviços prestados em várias dimensões, desde a fila de marcação de consulta, fila de espera para atendimento, a escuta, o diagnóstico, até a criação de vínculo com a equipe de saúde. Ou seja, garante o acesso de atendimento a todos que necessitarem, com responsabilidade e resolutividade (BRASIL, 2010).

O desafio do cuidado em saúde mental está, muitas vezes, em transpor os preconceitos pessoais e sociais, ir além da cura de uma doença, por não oferecer um manual completo de atuação, visto que cada pessoa é um ser, com desejos e individualidades. Por isso:

As intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças. Isso

significa acreditar que a vida pode ter várias formas de ser percebida, experimentada e vivida. Para tanto, é necessário olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas. Na Atenção Básica, o desenvolvimento de intervenções em saúde mental é construído no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, em que ambos criam novas ferramentas e estratégias para compartilhar e construir juntos o cuidado em saúde (BRASIL, 2013).

O acolhimento e o cuidado em saúde mental percebem o sujeito muito além de um *paciente*, mas como um sujeito *ativo* na promoção de sua própria saúde e bem estar (BRASIL, 2013).

Outra prática de cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica é a interconsulta. De forma objetiva, entende-se por interconsulta:

caracteriza-se por uma ação colaborativa entre profissionais de diferentes áreas. Existem diversas modalidades de interconsulta, que vão desde uma discussão de caso por parte da equipe ou por toda ela até as intervenções, como consultas conjuntas e visitas domiciliares conjuntas. Esse encontro de profissionais de distintas áreas, saberes e visões permitem que se construa uma compreensão integral do processo de saúde e doença, ampliando e estruturando a abordagem psicossocial (CHIAVERINI, D. 2011).

Esse tipo de prática possibilita o intercâmbio de especialistas, bem como de conhecimento, a discussão do caso para a construção de um atendimento integral.

Outro aspecto importante da interconsulta é a realização da discussão de caso. Pois esta deve ocorrer a partir de uma visão biopsicossocial, que leve em consideração as demandas do usuário do serviço de saúde bem como as possibilidades que a comunidade oferece (CHIAVERINI, D. 2011).

Deve-se considerar pertinente não somente a cura, mas sempre que possível o apoio e o alívio de sofrimento, visto que os profissionais de saúde não têm a obrigação de solucionar todos os problemas dos usuários, mas buscar dentre os recursos disponíveis, superar as dificuldades (CHIAVERINI, D. 2011).

Além de todas essas questões próprias do SUS, os profissionais de saúde precisam também conhecer o território, as questões políticas, sociais e culturais que permeiam os pacientes. Não raro, os profissionais de saúde deparam-se com questões de violação de direitos e negligência, não só do poder público, mas também dos familiares e da sociedade.

Por isso é importante o trabalho da equipe e não somente dos profissionais isoladamente. É o trabalho conjunto, tanto dos profissionais da saúde,

quanto dos profissionais de outras redes de apoio, tais como o Sistema Único de Assistência Social, gestores da saúde, educação, sociedade civil organizada e a comunidade para propor soluções e reduzir o sofrimento dos usuários.

Estas práticas de trabalho e serviços descritos acima são importantes na medida em que se considera a Unidade Básica de Saúde como porta preferencial de entrada no SUS. Também quando se considera que a saúde é um direito de todos, incluindo-se as pessoas com transtorno ou em sofrimento mental.

Mas principalmente quando pequenos municípios, com todas as suas peculiaridades sociais, dificuldades de acesso a serviços e recursos, não possuem CAPS e mesmo assim possuem demanda especializada de atendimento.

Por isso a importância de conhecer as diretrizes do SUS, as possibilidades de atendimento que o sistema oferece, as práticas de profissionais que foram realizadas com eficiência e alcançaram êxito de alguma forma.

## **2.2 Local da Pesquisa**

O município de Paulino Neves foi criado pela Lei Nº 6.185, de 10 de novembro de 1994, desmembrado, na época, dos municípios de Tutóia e Barreirinhas. Limita-se ao Norte com o Oceano Atlântico; a Leste com o município de Tutóia; a Oeste com o município de Barreirinhas e ao Sul com o município de São Bernardo, compondo a Região dos Lençóis Maranhenses (IBGE, 2010).

De acordo com o Censo Demográfico de 2010, a população do município era igual a 14.519 habitantes. Com 32,05% das pessoas residentes em área urbana e 67,95% em área rural.

A estrutura demográfica também apresentou mudanças no município. Entre 2000 e 2010 foi verificada ampliação da população idosa. Em 2000, este grupo representava 7,9% da população, já em 2010 detinha 8,1% do total da população municipal.

O segmento etário de 0 a 14 anos registrou crescimento positivo entre 2000 e 2010, com média de 0,63% ao ano. Crianças e jovens detinham 45,6% do contingente populacional em 2000, o que correspondia a 5.251 habitantes. Em 2010, a participação deste grupo reduziu para 38,5% da população, totalizando 5.589 habitantes.

Entre 2006 e 2010, segundo o IBGE, o Produto Interno Bruto (PIB) do município cresceu 110,9%, passando de R\$ 26,0 milhões para R\$ 54,7 milhões. O crescimento percentual foi inferior ao verificado no Estado que foi de 58,1%. A participação do PIB do município na composição do PIB estadual aumentou de 0,09% para 0,12% no período de 2006 a 2010.

Vale a pena destacar o crescimento do comércio neste período e a realização de concurso público, situação que trouxe maior poderio econômico para a população.

Atualmente, destaca-se a presença de três grandes empresas de construção e energia eólica, que trouxeram, além do aumento de residentes, aumento significativo na movimentação econômica e social do município.

Conforme dados do Censo Demográfico 2010, no município, a taxa de extrema pobreza da população era de 92,88%, que avalia o número de pessoas que ganham até R\$ 70, 00 por mês, segundo critérios desse período.

No município, 2% da população tinha pelo menos uma deficiência grave, dessas pessoas 1,5% tinha renda per capita de até  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo.

Conforme dados do último Censo Demográfico em 2010, a taxa de analfabetismo das pessoas de 10 anos ou mais era de 27,1%. Na área urbana, a taxa era de 17,1% e na zona rural era de 32,2%. Entre adolescentes de 10 a 14 anos, a taxa de analfabetismo era de 13,2%. A taxa de analfabetismo das pessoas de 10 anos ou mais no município é maior que a taxa do Estado.

De acordo com dados do INEP, em 2012, a taxa de distorção idade-série no ensino fundamental foi de 8,1% do 1º ao 5º ano e de 38% do 6º ao 9º ano. A taxa de distorção idade-série no ensino fundamental municipal foi menor, quando comparada às taxas da Região Nordeste, menor que a do estado e maior que a do Brasil. A taxa de distorção idade-série no ensino médio do município foi maior que a taxa do Brasil, maior que a da região e maior que a do estado.

Os dados do Ministério da Saúde são importantes para diagnosticar a situação do município. No tocante à mortalidade infantil, o número de óbitos infantis foi de 4 crianças, ao passo que no Estado o número de óbitos infantis foi de 1.888 crianças e a taxa de mortalidade infantil foi de 15,98 crianças a cada mil nascimentos.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, ocorreu um aumento na cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica no município. Em 2008, a cobertura era de 93,64% e aumentou para 100% em 2012.

No que concerne à morbidade hospitalar (indivíduos de um determinado território que adoeceram em um dado intervalo de tempo), as 4 (quatro) principais causas de internação são: gravidez e puerpério, doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho respiratório e digestivo.

Além da morbidade hospitalar, é importante, também, assinalar as principais causas externas de óbito relatadas pelo município. De acordo com o Censo Demográfico 2010, o total da população de 15 a 29 anos era de 4.232 indivíduos, sendo que 18 faleceram em função de eventos e/ou causas externas.

Quando analisamos de maneira mais detida essas informações, notamos que as causas de morte variam por município. No município, a principal causa externa de óbito dos indivíduos na faixa etária de 15 a 29 anos é, de acordo com dados do Ministério da Saúde, o acidente de transporte.

De acordo com as taxas de homicídios no município, não houve mudança nessa taxa de 0 em 2007 para 0 no ano de 2010.

Estes dados foram apresentados com o intuito de revelar a situação sócio-demográfica do município e por estes serem tanto fatores de risco quanto de proteção, mas principalmente porque:

A ocorrência da maioria dos problemas de saúde mental é determinada por um conjunto de fatores. O impacto de cada fator varia de problema para problema [...]. Existem fatores que estão fortemente associados com o desenvolvimento dos transtornos mentais, e outros que têm efeitos protetores. Tradicionalmente há três principais domínios que merecem consideração: social, psicológico e biológico. É importante ressaltar que, na prática, os fatores não se apresentam de forma isolada, mas interação de forma dinâmica. De forma geral, entende-se que a somatória de vários fatores de risco é mais importante para o desencadeamento dos transtornos do que um fator isolado.

Sobre Rede de Atenção à Saúde, Paulino Neves possuía até dezembro de 2016:

**Quadro 1-** Ações e serviços de atendimento da Rede de Atenção à Saúde, Paulino Neves- MA, 2016

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	QUANTIDADE
Hospital geral	01
Unidades Básicas de Saúde	04
Equipes de Estratégia de Saúde da Família	05
NASF	01
Academia da Saúde	01

O Centro de Atenção Psicossocial mais próximo ficava na cidade de Barreirinhas e Tutóia, distantes respectivamente, 35 km e 33 km de Paulino Neves.

Os atendimentos descritos aqui foram realizados na Unidade de Saúde Santa Terezinha, localizada na sede do município. Que possuía:

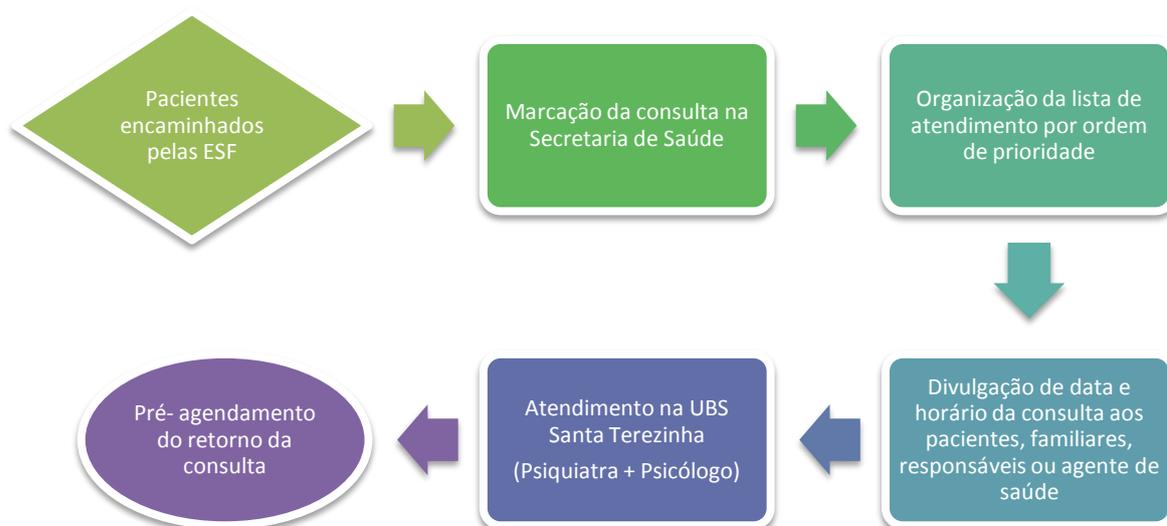
**Quadro 2-** Descrição da estrutura física da Unidade de Saúde de Saúde Santa Terezinha, Paulino Neves- MA, 2016.

Quantidade	DESCRIÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE SANTA TEREZINHA
01	Consultório Médico
01	Consultório de Enfermagem
01	Sala de Fisioterapia
01	Sala de Exames de imagem
01	Posto de Enfermagem
01	Laboratório
01	Consultório Odontológico
01	Sala de Observação
01	Farmácia
01	Almoxarifado
01	Área de Espera
01	Recepção
01	Cozinha
11	Banheiros

## 2.3 Processo de Trabalho

O processo de trabalho se dava desde o momento de atendimento das Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e findava com o pré-agendamento do retorno da consulta. O fluxograma abaixo indica como se dava a sequência do trabalho realizado.

**Figura 1-** Processo de atendimento de pacientes psiquiátricos na Unidade de Saúde Santa Terezinha, Paulino Neves - MA, 2015-2016.



Os pacientes eram encaminhados pelas Equipes de Estratégia de Saúde da Família. Estas eram previamente informadas sobre a realização dos atendimentos na sede do município e orientadas a fazer encaminhamentos quando necessário.

As consultas eram marcadas por um funcionário da Secretaria de Saúde, com o encaminhamento médico, cópia ou número do cartão do SUS do paciente, endereço e telefone de contato.

Posteriormente, psicóloga e o responsável pela marcação das consultas organizavam os usuários em ordem de prioridade, com base no estado de saúde geral dos pacientes, idade e tempo/distância de deslocamento para o atendimento.

As consultas psiquiátricas ocorriam na Unidade de Saúde Santa Terezinha, uma vez por mês, das 8h às 18h ou até que se encerrassem o número de pacientes agendados, geralmente 25. Dentro dessas vagas, 20 (vinte) eram retorno e acompanhamento de consultas anteriores e 5 (cinco) eram para novos pacientes, sempre com possível alteração de acordo com a necessidade. Pois em alguns momentos o município atendia demandas dos municípios vizinhos, principalmente de Barreirinhas e Tutóia.

O acolhimento desses pacientes se dava na recepção da Unidade de Saúde Santa Terezinha. A partir desse momento, eram colocados em ordem de prioridade. Se algum paciente estivesse em crise, este era atendido primeiro e as devidas providências eram tomadas, fossem medicamentosas ou terapêuticas.

Os pacientes que moravam nos povoados de Paulino Neves ou em outros municípios eram atendidos no turno da manhã, preferencialmente, pela facilidade de transporte na região, já que estes só ocorriam pela manhã. E os que residiam na sede, atendidos no turno vespertino, por causa da proximidade com a UBS.

O atendimento era realizado com a presença de um médico psiquiatra e uma psicóloga, além do paciente e um acompanhante, que poderia ser um familiar, responsável ou o agente de saúde da região onde o paciente residia. Ou ainda alguém de confiança que conhecesse de perto o histórico do paciente.

Primeiramente, fazia-se a escuta do paciente e de seu acompanhante, as queixas e demandas. Posteriormente, realizava-se a avaliação geral do paciente, do quadro clínico, situação social e familiar. Geralmente era pedido outros tipos de exame clínico para acompanhamento geral ou específico do paciente. Alguns realizados em Paulino Neves, na UBS ou no Hospital, os mais complexos somente na capital do Estado.

Em São Luís, contava-se com uma casa de apoio e pessoas responsáveis pelo acompanhamento e marcação de consultas para os pacientes encaminhados. Para isso, era preciso solicitar a viagem na Secretaria Municipal de Saúde de Paulino Neves, com o encaminhamento do exame e alguns documentos, então a consulta era marcada e a viagem para a capital era liberada, sempre com um acompanhante.

Os casos mais graves eram discutidos logo após as consultas se encerrassem, para que não se perdesse a riqueza de detalhes dos relatos feitos

durante os atendimentos e, assim, se avaliasse a melhor conduta e tratamento até a próxima consulta.

Os remédios eram entregues na consulta, quando havia disponível. Quando não havia remédios disponíveis, os pacientes com condições financeiras ficavam responsáveis pela compra. Porém, quando percebia-se que não tinham condições, não recebiam nenhum tipo de benefício do governo ou ajuda familiar, os mesmos podiam solicitar auxílio na Secretaria Municipal de Saúde.

No fim da consulta, o retorno ficava pré-agendado, necessitando apenas de confirmação na semana do atendimento pela Secretaria de Saúde ou através do agente de saúde. Pois as datas eram fixadas de acordo com a disponibilidade do médico, sempre em uma quinta-feira.

### **3. PRINCIPAIS DADOS IDENTIFICADOS DURANTE OS ATENDIMENTOS**

Os atendimentos descritos no capítulo anterior ocorreram entre Fevereiro de 2015 e Novembro de 2016. Realizados uma vez por mês, ressalta-se que em Setembro de 2016 não houve atendimento, totalizando 22 consultas.

Os pacientes atendidos residiam em três municípios distintos: Paulino Neves, Barreirinhas e Tutóia. Com maior número os que residiam em Paulino Neves, posteriormente os de Tutóia e em menor quantidade os de Barreirinhas.

O número total de atendimentos durante esse período foi de 542, sendo que foram atendidos 142 pacientes. Desse total, 67 eram do sexo masculino e 75 do sexo feminino. Isto representa em porcentagem que 53% dos pacientes eram do sexo masculino e 47% eram do sexo feminino.

Isto se torna relevante na medida em que pesquisas indicam que embora vivam mais, as mulheres relatam mais morbidade e problemas psicológicos, além de utilizarem mais os serviços de saúde (PINHEIRO, VIACAVA & BRITO, 2002). O que não ocorreu nos atendimentos realizados em Paulino Neves. Porém é importante ressaltar que geralmente quem acompanhava e cuidava os pacientes nas consultas eram mulheres, na maioria das vezes mães, esposas, avós e irmãs. O que corrobora o fato das mulheres procurarem mais os serviços de saúde que os homens.

Outro ponto importante destes dados é o fato de todos os pacientes diagnosticados com dependência química serem do sexo masculino. Já que Miranda, Tarasconi & Scortegagna (2008) indicaram que os homens apresentam

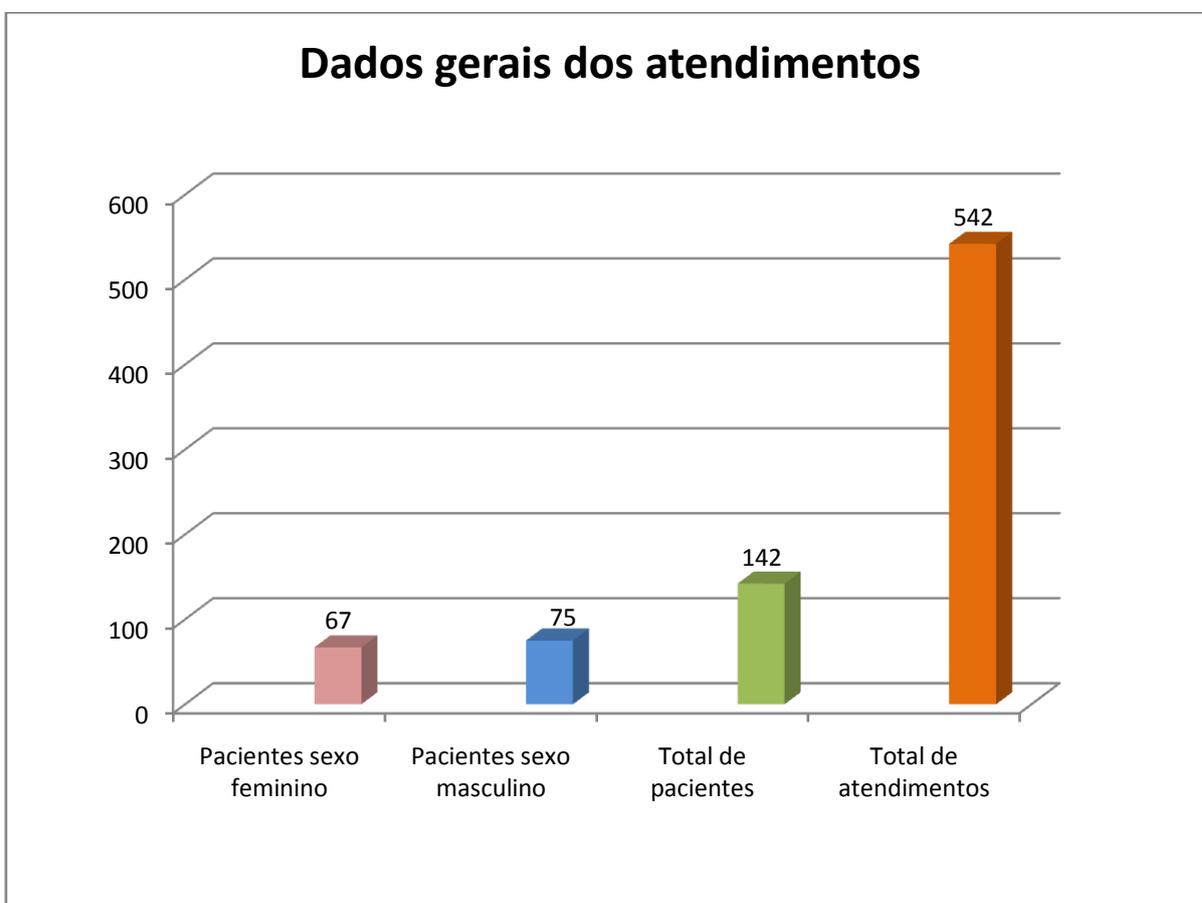
maiores taxas de uso nocivo ou dependência de drogas, incluindo álcool e tabaco, do que mulheres.

Quanto à dependência química, destaca-se que em um dos casos atendidos o paciente era dependente de crack, droga bastante disseminada no Brasil, porém pouco encontrada na região de Paulino Neves.

Em média, cada paciente pôde ser atendido cerca de 4 vezes durante esses 22 meses de atendimento.

Abaixo, serão apresentados em gráficos alguns desses dados.

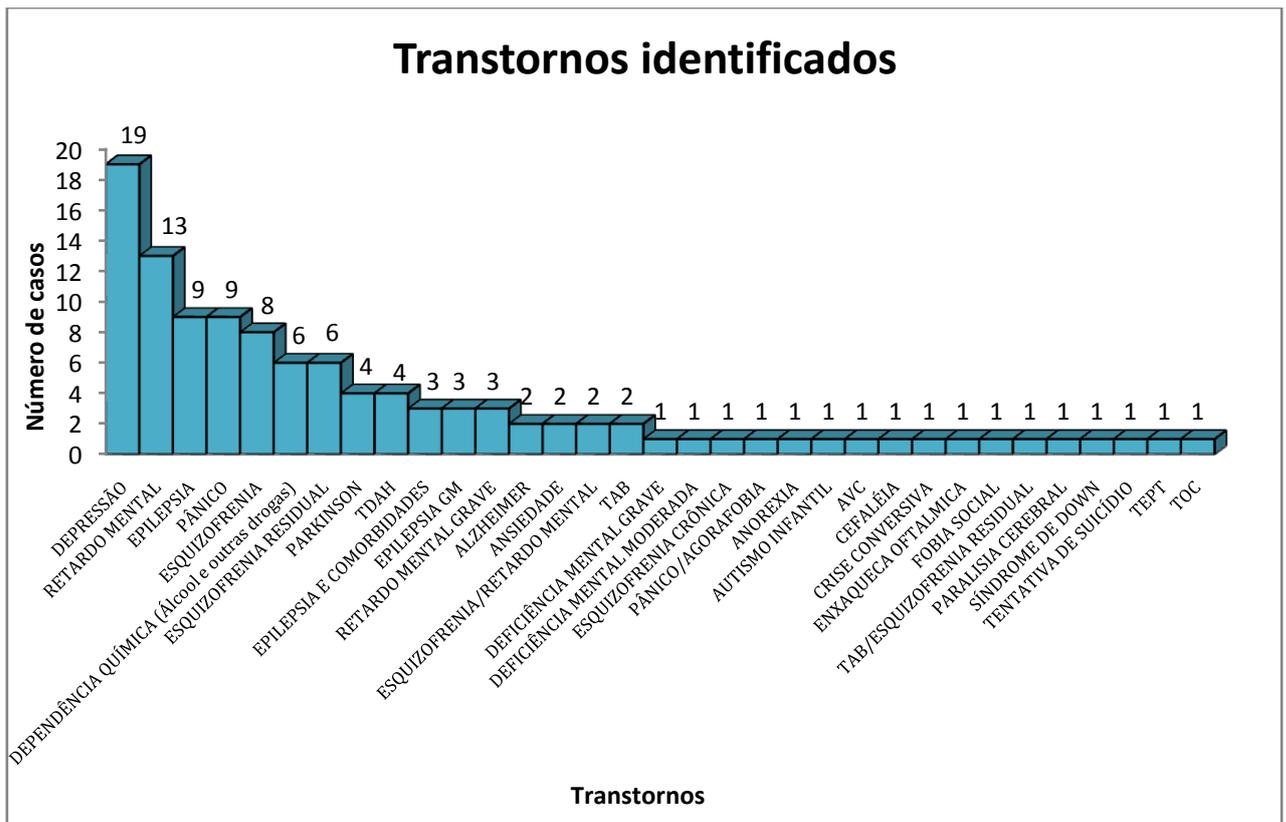
**Gráfico 1-** Dados dos atendimentos divididos por categorias: sexo, número total de pacientes atendidos e número total de atendimentos, Unidade Básica de Saúde Santa Terezinha, Paulino Neves- MA, 2015-2016



O Gráfico 2 (Transtornos identificados) mostra os principais transtornos identificados durante os atendimentos. Destaca-se, mesmo que em pequeno número, o caso de anorexia, TEPT, TOC e tentativa de suicídio.

Mesmo em uma cidade pequena e pacata como Paulino Neves foi possível encontrar casos que são mais frequentemente encontrados entre as grandes populações urbanas. Isto confirma ainda mais a necessidade de cuidados em saúde mental na atenção básica nas pequenas cidades do Brasil.

**Gráfico 2-** Total de transtornos identificados, Unidade Básica de Saúde Santa Terezinha, Paulino Neves- MA, 2015-2016.



Dentre os vários pacientes e diagnósticos identificados, destaca-se a grande incidência de: depressão, retardo mental, epilepsia, pânico, esquizofrenia e dependência química.

Em percentual, os casos mais freqüentes ficaram assim representados em relação ao número total de pacientes atendidos:

**Tabela 1-** Diagnósticos mais frequentes em porcentagem, Unidade Básica de Saúde Santa Terezinha, Paulino Neves- MA, 2015-2016.

<b>CASOS DE MAIOR INCIDÊNCIA EM PORCENTAGEM</b>	
<b>TRANSTORNO</b>	<b>PORCENTAGEM</b>
Depressão	13,4%
Esquizofrenia	12%
Retardo Mental	11,3%
Epilepsia	10,5%
Pânico	7%
Dependência Química	4,2%

Através destes dados pode-se perceber a grande incidência de depressão entre os pacientes atendidos. Este dado corrobora estudo feito por pesquisadores da Fiocruz em parceria com outras instituições (Gonçalves, A.D. et al, 2014) que destacaram altos índices de depressão e ansiedade na população brasileira atendida na atenção primária.

A pesquisa da Fiocruz revela ainda que a incidência dessas doenças estão associadas predominantemente a pessoas do sexo feminino, ao desemprego, à baixa renda e baixa escolaridade, dados confirmados pela realidade do município de Paulino Neves.

#### **4. DISCUSSÃO**

A avaliação de serviços de saúde pode ser feita a partir de métodos e referenciais teóricos diferentes. Este trabalho propõe-se a trabalhar norteado pela Avaliação de Qualidade em Saúde proposta por Donabedian, que desenvolveu um quadro conceitual fundamentado em três conceitos básicos: estrutura, processo e resultado.

A Estrutura diz respeito às condições físicas, humanas e organizacionais, assim avalia a presença e a adequação de equipamentos, da área física, das instalações e dos recursos humanos (SILVA, 2009).

Já o Processo, refere-se à dinâmica do cuidado e avalia critérios de acolhimento, escuta, solicitação, verificação de exames, a avaliação do paciente

sobre o serviço, entre outras coisas que envolvam a execução e o procedimento de serviços (SILVA, 2009).

Os Resultados avaliam a capacidade do serviço de atender a demanda do território, tanto do ponto de vista do usuário, quanto dos profissionais, e avalia critérios como: mortalidade, morbidade, cura, sequela, adaptação, estado funcional e de saúde dos pacientes e também a qualidade de vida dos mesmos (SILVA, 2009).

Assim quanto à *estrutura*, as condições físicas da Unidade de Saúde Santa Terezinha eram satisfatórias, bem como os equipamentos disponíveis. A área física era suficientemente boa para acolher os usuários, assim também como os recursos humanos.

Como já foi relatado, contava-se com as Equipes de Estratégia da Família, psicóloga e psiquiatra, além dos demais funcionários da secretaria de saúde que, conjuntamente, trabalhavam para a realização dos atendimentos.

Quanto ao *processo*, várias adequações foram necessárias para que se chegasse até a forma de atendimento descrito anteriormente. Inicialmente, os atendimentos eram realizados somente pelo psiquiatra, posteriormente incluiu-se a psicóloga.

A forma de agendamento dos atendimentos também sofreu alterações, principalmente pela dificuldade de comunicação na região. Por fim, decidiu-se ter sempre o contato do Agente de Saúde para que os pacientes não perdessem ou esquecessem o dia da consulta.

Já em relação aos *resultados*, verificou-se visível melhora no quadro geral de saúde dos pacientes atendidos. A maioria deles não ia a uma consulta psiquiátrica há anos ou buscavam tratamento em outros municípios.

Muitos conseguiram benefícios ou renovaram os mesmos após avaliação e laudo psiquiátrico fornecido pelo médico, garantindo assim renda para a compra de medicamentos e cuidado pessoal.

Pacientes que nunca tinham passado por uma consulta psiquiátrica e causavam grande sofrimento para suas famílias, foram estabilizados ou começaram a ser tratados adequadamente.

Outro ponto de destaque foram os encaminhamentos feitos pelas Equipes de Saúde da Família, pois tornaram-se essenciais para a garantia de acesso desses usuários ao atendimento psiquiátrico. A distância dos povoados até Paulino Neves e

a dificuldade de comunicação com os usuários foram diminuídas pela colaboração dos Agentes de Saúde.

Os casos mais graves foram encaminhados para São Luís para internação e realização de exames, sempre que necessário.

O vínculo entre os pacientes e a equipe de saúde mental foi outro ponto positivo e colaborou para a melhora na qualidade de vida dos pacientes e para a satisfação pessoal dos profissionais envolvidos.

Os dados coletados durante a realização dos atendimentos também se fazem importantes, pois possibilitam o planejamento de ações de proteção, promoção e prevenção em saúde mental.

Os casos de depressão, esquizofrenia, retardo mental, epilepsia e dependência química são preocupantes e apontam para a necessidade de estudos que pesquisem, de forma mais específica, sua incidência, suas causas e conseqüências.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As Políticas Públicas de Saúde Mental no Brasil tiveram grande avanço após a promulgação da Constituição Federal de 1988. Sabe-se também que após esse período o SUS foi estabelecido e assim também as Políticas de Saúde Mental.

Ressalta-se a participação de vários setores, tais como os profissionais de saúde, sociedade civil organizada, usuários, famílias e poder público para garantir em leis os direitos das pessoas portadores de transtornos ou em sofrimento mental.

Porém, entende-se que, garantir em leis tais direitos não garante que as normas sejam cumpridas. A Saúde Mental ainda carrega as marcas de um passado turbulento, sem respeito aos direitos humanos e precário acesso a serviços de saúde de mental.

É conhecido de todos os preconceitos que ainda permeiam as sociedades quanto à pessoa que tem algum transtorno mental. Muitos, mesmo que não residentes de antigos hospitais psiquiátricos, ainda são enclausurados em sua própria casa, sem perspectivas de uma vida digna.

Isto se deve em parte pela falta de conhecimento das famílias em como lidar com seus familiares e também à falta de investimento público em informações e serviços que alcancem de fato quem necessita.

Quanto aos serviços prestados em Paulino Neves, destaca-se a iniciativa do gestor público em atender a demanda de atendimento psiquiátrico. Poucos são os municípios de pequeno porte que conseguem manter um especialista em saúde mental, devido principalmente à falta de recursos.

A demanda foi identificada pelas ESF que relataram os vários casos de pessoas com transtornos mentais no município que não recebiam nenhum tipo de auxílio, nem mesmo da própria família e, por isso, vagavam pelos povoados.

O atendimento, apesar do curto período de tempo em que ocorreu, demonstrou a visível melhora no quadro geral dos pacientes. Fato relatado pela equipe de trabalho da UBS, que viram a forma como os pacientes chegaram nos primeiros atendimentos e como estavam quando se findaram. Mas principalmente pelo relato das famílias que sofriam juntamente com os pacientes e que com os atendimentos tiveram seu sofrimento minimizado.

Os dados coletados foram essenciais para comprovar a importância dos atendimentos, além de apontar para outras questões não aparentes. Pois apesar de se perceber o considerável número de pacientes com transtornos mentais, a falta de documentação e relatórios impossibilitavam a identificação de quais doenças eram mais frequentes. E, assim, também, planejar ações de cuidado para essas pessoas.

Para além de simples diagnósticos, os dados apontaram para pessoas que precisam de cuidados específicos, assim também como suas famílias. É necessário que se faça outros estudos e planos de ação em saúde mental para promover saúde e também para investigar o alto índice de pessoas com retardo mental, esquizofrenia e epilepsia, geralmente associados a fatores genéticos.

Um fato que trouxe certa surpresa foi a procura por atendimento para pessoas que residiam nos municípios vizinhos, já que estes contam com CAPS. Isto revela que somente a presença deste serviço não é suficiente para atender com qualidade a demanda da região.

Apesar do enorme avanço, muitas coisas ainda precisam de ajustes e melhorias. Propõe-se a instalação do CAPS em Paulino Neves, pois a partir disso, o serviço de saúde mental poderá ser oferecido de forma integral, com grupos de apoio para familiares, oficinas de artesanato e geração de renda, esporte e lazer.

Assim, também, o fornecimento de medicamentos psicotrópicos para os pacientes atendidos no município.

Diante do que foi exposto, entende-se que além de relatar uma experiência de trabalho, pôde-se contribuir para o avanço dos cuidados em saúde mental do município de Paulino Neves, mostrando a outros municípios com o mesmo perfil que é possível cuidar e acolher pacientes com transtorno ou em sofrimento mental.

Assim, ao relatar dificuldades e propor melhorias, todos ganham. Por isso ressalta-se a importância dos profissionais de saúde mental relatarem suas experiências e assim contribuir para a consolidação do SUS.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P (coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

BEZERRA, Jr. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(2): 243-250, 2007. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312007000200002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000200002)>. Acesso em: 19 de janeiro de 2017.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em:<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 31 março de 2017.

BRASIL. **Lei nº 8080 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. Diário Oficial da república Federativa do Brasil. Brasília, DF. Disponível em:<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 28 de março de 2017.

BRASIL. **Lei nº 10216 de 06 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. Brasília, DF: 2001. Disponível em:<<http://sites.uepb.edu.br/circularsaude/files/2014/06/Pol%C3%ADtica-de-Prote%C3%A7%C3%A3o-%C3%A0-Portadores-de-Transtornos-Mentais.pdf>>. Acesso em: 11 de abril de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3088 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 (SUS). Disponível em:<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em: 11 de abril de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde mental**. Brasília : Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_34\\_saude\\_mental.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf)>. Acesso em: 20 de julho de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caminhos do Cuidado. **Guia de Saúde Mental: atendimento e intervenção com usuário de álcool e outras drogas**. Brasília, DF: 2013 a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/sgtes>>. Acesso em: 11 de abril de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>>. Acesso em: 07 de abril de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988. Disponível em: <[http://www.abrasme.org.br/arquivo/download?ID\\_ARQUIVO=3702](http://www.abrasme.org.br/arquivo/download?ID_ARQUIVO=3702)>. Acesso em: 06 de abril de 2017.

BRASIL. Subchefia para assuntos Jurídicos. **Decreto nº 7508 de 25 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. Brasília, DF: 2011. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm)>. Acesso em: 19 de abril de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_praticas\\_producao\\_sau\\_de.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_sau_de.pdf)>. Acesso em: 22 de abril de 2017.

CHIAVERINI, D (org). Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Centro de Saúde e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/bvsmms/resource/pt/mis-36327>>. Acesso em: 18 de abril de 2017.

GONÇALVES, A. D., et al. Estudo multicêntrico brasileiro sobre transtornos mentais comuns na atenção primária: prevalência e fatores sociodemográficos relacionados. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(3):623-632, mar, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n3/0102-311X-csp-30-3-0623.pdf>>. Acesso em: 27 de abril de 2017.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=210805&search=mara%20nhaolpaulino-neves>>. Acesso em: 12 de dezembro de 2016.

Ministério da Saúde. **Caderno de Informações de Saúde Maranhão**. DataSUS. Disponível em:< <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/ma.htm>>. Acesso em: 15 de dezembro de 2016.

MIRANDA, C., TARASCONI, C. & SCORTEGAGNA, S. Estudo epidêmico dos transtornos mentais. **Avaliação psicológica**. v.7 n.2 Porto Alegre, 2008. Disponível em:< [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712008000200015](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712008000200015)>. Acesso em 27 de abril de 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). **OPAS/OMS apoia governos no objetivo de fortalecer e promover a saúde mental da população**. OPAS/ OMS. Brasília, DF: 10 de outubro de 2016. Disponível em: <[http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5263:opasoms-apoia-governos-no-objetivo-de-fortalecer-e-promover-a-saude-mental-da-populacao-&catid=845:noticias&Itemid=839](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5263:opasoms-apoia-governos-no-objetivo-de-fortalecer-e-promover-a-saude-mental-da-populacao-&catid=845:noticias&Itemid=839)>. Acesso em: 11 de abril de 2017.

Organização Mundial da Saúde. **Constituição da Organização Mundial da Saúde de 1946**. São Paulo: Biblioteca Virtual de Direitos Humanos, USP. Disponível em:< <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 11 de abril de 2017.

PAIM, Jairnilson Silva e outros. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. Disponível em:<<http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/4/>>. Acesso em: 31 de março de 2017.

PINHEIRO RS, Viacava F, TRAVASSOS C, BRITO AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2002. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n4/14599.pdf>>. Acesso em: 27 de abril de 2017.

SILVA, L. M. Avaliação da qualidade de programas e ações de vigilância sanitária. **Vigilância Sanitária: temas para debate online**. Salvador: EDUFBA, 2009. Disponível em:< <http://books.scielo.org/id/6bmrk/pdf/costa-9788523208813-12.pdf>>. Acesso: em 28 de abril de 2017.