

Articulação de uma Rede de Saúde Mental

Melissa Guimarães

Monografia apresentada como exigência parcial do Curso de Especialização em
Psicologia Clínica – Ênfase em Saúde Comunitária – sob orientação do
Prof^a. Dr^a. Clarissa De Antoni

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Instituto de Psicologia

Porto Alegre, Março de 2007.

SUMÁRIO

	Pág.
CAPÍTULO I	
INTRODUÇÃO.....	06
1.1 A Reforma Psiquiátrica e os dispositivos a favor da formação de rede de cuidado	08
1.2 A Função dos Centros de Atenção Psicossocial e a Articulação da Rede	09
1.3 A Saúde Mental na Atenção Básica e Articulação da Rede	10
1.4 A Rede e sua Articulação	11
1.5 Resiliência, Fatores de Risco e Proteção	12
CAPÍTULO II	
RELATO DE EXPERIÊNCIA	14
2.1 Método	14
2.2 Caracterização do Local	14
2.3 Serviço de Saúde Mental em 2003	15
2.4 Serviço de Saúde Mental em 2004	15
2.5 Serviço de Saúde Mental em 2005	17
2.6 Serviço de Saúde Mental em 2006	19
2.7 Trabalhadores de Saúde do Serviço de Saúde Mental	25
CAPÍTULO III	
APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	27
3.1 Ações do Serviço de Saúde Mental	27
3.2 Dados Institucionais do Serviço de Saúde Mental	28

3.3 Atenção ao Usuário do Serviço de Saúde Mental	30
---	----

CAPÍTULO IV

CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
----------------------------	----

REFERÊNCIAS	32
-------------------	----

ANEXOS	35
--------------	----

Anexo A. CARTA DO I ENCONTRO NO VALE DO PARANHANA EM SAÚDE MENTAL COLETIVA	35
---	----

LISTA DE TABELA

	Pág.
Tabela 1 - Fatores de risco e fatores de proteção das ações do Serviço de Saúde Mental segundo relacionamento com os serviços públicos e relacionamento com entidades da comunidade	28
Tabela 2 - Fatores de risco e fatores de proteção observados no Serviço de Saúde Mental- Dados Institucionais	29
Tabela 3 - Fatores de risco e fatores de proteção na atenção ao usuário do Serviço de Saúde Mental	30

RESUMO

Este relato de experiência apresenta a estruturação do Serviço de Saúde Mental de Três Coroas e sua busca pela formação de rede de cuidado envolvendo entidades públicas e entidades da comunidade. O objetivo deste trabalho é, através do estudo de caso, identificar os fatores de risco e os fatores de proteção desta rede. A compreensão das articulações na formação da rede envolveu três âmbitos de análise: 1) Ações do Serviço de Saúde Mental e seu relacionamento com os serviços públicos e com as entidades da comunidade; 2) Dados Institucionais do Serviço de Saúde Mental; 3) Atenção aos usuários do Serviço de Saúde Mental. Os indicadores de risco presentes nestes contextos apontam para a necessidade de ampliar os vínculos com entidades públicas, facilitar o acesso ao tratamento, buscar estratégias para minimizar os efeitos da sobrecarga e intensidade do trabalho no Serviço de Saúde Mental, e propiciar estratégias para lidar com as restrições de pessoas em trabalhar com o portador de sofrimento psíquico. Em relação aos indicadores de proteção, estes apontaram a participação de entidades comunitárias; a diversificação e ampliação da atenção ao usuário com resultados positivos na saúde dos mesmos, a elaboração de estratégias de melhoria e aprimoramento do Serviço e ações planejadas por interesse e apoio da gestão municipal. Frente a isto, constatou-se que a formação desta rede é primordial para um trabalho de qualidade e de promoção de saúde mental da comunidade, da equipe e dos usuários do serviço.

Palavra- Chave: Rede de saúde mental; fatores de risco; fatores de proteção.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

A loucura é considerada há muito tempo como alienante e, por conseguinte, repelida do convívio social. Hoje, a luta diária de usuários de serviços de saúde, familiares e trabalhadores em saúde (médicos, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, administrativos, entre outros), aliado às histórias bem sucedidas de reabilitação psicossocial, tem mantido a discussão para a garantia de serviços de saúde que reconheçam a dignidade e a cidadania do portador de sofrimento psíquico (Brasil, 2005).

Em 2001, o Brasil assumiu oficialmente uma nova postura de cuidado ao portador de sofrimento psíquico com a publicação da Lei Federal 10.216/01. Desta forma, legitimase a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental do modelo hospitalar para a assistência diária e ambulatorial. Assim, a Política Nacional passa a incentivar a implantação de dispositivos e serviços que assumam esta nova postura de cuidado. Entre eles, surgem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG), o programa "De Volta Para Casa" e a inclusão das ações da saúde mental na atenção básica (Brasil, 2004a).

Salienta-se que as mudanças descritas na lei tiveram origem em discussões anteriores a sua publicação. Reis, Marazina e Gallo (2004) destacam a mudança do conceito de saúde pela Organização Mundial da Saúde em 1948. Saúde deixou de ser tratada como ausência de doença ou invalidez, e passou a ser vista como promoção de um estado de bem-estar completo, físico, mental e social. No Brasil, anteriormente a reestruturação da assistência psiquiátrica, ocorreu a reforma sanitária que daria parâmetros para o sistema de saúde disposto na Constituição Federal de 1988 (Brasil, 2001, Hirdes, 2001). As discussões levaram à mudança da lógica em que saúde era tratada como “o Estado de não doença” para a noção de prevenção de agravos e promoção de saúde. O Sistema Único de Saúde materializou esta concepção, e saúde passou a ser relacionada a qualidade de vida da população, “a qual é composta pelo conjunto de bens que englobam a alimentação, o trabalho, o nível de renda, a educação, o meio ambiente, o saneamento básico, a vigilância sanitária e farmacológica, a moradia, o lazer, etc” (Brasil, 2001, p. 5).

Como consequência ao portador de sofrimento psíquico, obteve-se a substituição do conceito de higiene mental pelo de saúde mental (Reis e cols., 2004). Assim, tratar de saúde mental escapa do diálogo entre ausência ou presença de transtorno mental. Por conseguinte, passa-se a falar em sofrimento psíquico existente em diversas formas da vida cotidiana das pessoas, podendo oscilar entre níveis de maior ou menor comprometimento.

Paralelamente, a este movimento de valorização de aspectos de saúde em detrimento ao modelo de doença, a Psicologia também toma para si esta discussão. Yunes (2003) descreve em seu artigo uma mudança de foco da Psicologia que superasse na compreensão e no tratamento de patologias. Cita o trabalho de Martin Seligman na tentativa de restabelecer na ciência psicológica a visão de ser humano com ênfase em seus aspectos “virtuosos”. A Psicologia Positiva surge como uma “tentativa de levar os psicólogos contemporâneos a adotarem uma visão mais aberta e apreciativa dos potenciais, das motivações e das capacidades humanas” (Sheldon & King, 2001, p. 216 citado por Yunes, 2003, p. 75). Assim, temas como felicidade, otimismo, altruísmo, esperança, alegria, satisfação tornam-se tão relevantes quanto a pesquisa de depressão, ansiedade, angústia e agressividade e encarados com o mesmo esforço científico (Yunes, 2003).

Neste contexto, a resiliência ganha papel relevante. Yunes (2003) constrói um repertório histórico, teórico e metodológico deste construto psicológico. Identifica os termos invencibilidade ou invulnerabilidade como precursores do termo resiliência. Estes termos ainda são observados com frequência na literatura, mas não sintetizam o conceito de resiliência. A pesquisadora salienta a importância de se pensar resiliência em relação a indivíduo ou grupos familiares, mas que se mantenha uma postura criteriosa quanto ao conceito, tendo em vista as contrariedades encontradas nos diferentes conceitos. Pinheiro (2004) percebe um ponto pacífico: “a resiliência é um processo psicológico que vai se desenvolvendo ao longo da vida, a partir do binômio fatores de risco X fatores de proteção” (Pinheiro, 2004, p.72).

O Serviço de Saúde Mental de Três Coroas, especificamente alvo deste estudo, está vinculado a Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social. Caracteriza-se por um serviço público, de gestão e financiamento municipal, dirigido pelos princípios do SUS e legislação atual em saúde mental. É composto por dois modos de atenção a população do município: Serviço de Psicologia e CAPS em fase de credenciamento desde 2004.

Durante os anos de 2004 e 2005, buscou-se ordenar estes serviços como referência em cuidado de pessoas acometidas de transtornos mentais ou em situação de propensão ao sofrimento psíquico. Em 2006, o objetivo proposto era articular a rede de atenção em saúde mental às demais entidades públicas, privadas, filantrópicas ou comunitárias do município

em ações de cuidado, prevenção e promoção em saúde. Desta forma, fortalecer as relações entre as diferentes entidades e representações sociais e possibilitar um sistema de comunicação no qual se busca desmistificar o imaginário sobre saúde e loucura, propiciar que pessoas e serviços constituam cuidadores e referência de cuidado, diversificar as formas de atenção e garantir o espaço de convívio comunitário para os portadores de sofrimento psíquico.

Esta monografia, portanto, constitui-se no relato de experiência da articulação da rede de atenção em saúde mental do Serviço de Saúde Mental do município de Três Coroas nos seus últimos três anos. Através de um estudo de caso, buscou-se identificar fatores de risco e fatores de proteção da formação desta rede, que podem facilitar ou impossibilitar o funcionamento ideal deste serviço. A constatação dos fatores de risco e proteção da rede que está em formação auxiliará na revisão e fortalecimento das ações. Para tanto se faz necessário o desvendar de conceitos que sustentam este estudo.

1.1 A Reforma Psiquiátrica e os Dispositivos a Favor da Formação de Rede de Cuidado

Segundo Hirdes (2001), a discussão do conceito saúde/doença mental teve proporções mundiais. Iniciativas de mudança estão registradas na França, na Itália, nos Estados Unidos e na América Latina (Serrano, 1992). A repercussão no Brasil foi a criação dos espaços substitutivos ao modelo hospitalar. Queiros (1992, citado por Reis e cols., 2004) aponta que a reordenação do conceito de saúde incorporou, entre seus determinantes, as condições de vida das pessoas e deslocou no sentido da comunidade a assistência médico-hospitalar como diretriz da atenção à saúde. Figueiredo e Rodrigues (2004) destacam a influência do movimento da Psiquiatria Democrática Italiana de Franco Basaglia nas transformações da assistência psiquiátrica no Brasil.

Nacionalmente, o movimento de profissionais engajados na mudança conveniu-se chamar de Reforma Psiquiátrica, que priorizou a rede integral à saúde mental, a aprovação de política para o setor, a cidadania do portador de sofrimento psíquico e a capacitação técnica dos profissionais em um novo paradigma. Logo, as ações, antes centradas nos sinais e sintomas numa prática da medicalização da loucura, passam-se ao enfoque de falar de saúde, de projetos terapêuticos, cidadania, reabilitação e reinserção social e, sobretudo, projetos de vida (Hirdes, 2001).

Assumem o lema “Cuidar, sim, excluir, não” (Brasil, 2005). Logo, fizeram contraponto à histórica exclusão da loucura e restabeleceram as ações de reintegração e inserção social. Por conseguinte, caracterizou-se como o movimento de progressivo

deslocamento do centro de cuidado para fora do hospital em direção à comunidade. Estava-se atento às características locais, culturais, sociais e geográficas da comunidade de um centro de cuidado (Brasil, 2004b).

Hirdes (2001) faz um alerta para não confundir desinstitucionalização da loucura com desospitalização ou então com a negação da mesma. Trata-se de rejeitar o aparato institucional para promover outras formas de intervenção no sofrimento psíquico. Amarante (1995) trata de desinstitucionalização como uma desconstrução, como a superação de um modelo arcaico. O autor afirma que “desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direitos e novos direitos para os sujeitos” (Amarante, 1995, p. 493-494).

No Rio Grande do Sul, em 1992, publica-se a Lei de Reforma Psiquiátrica 9.716/92 a qual determina a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede de atenção integral em saúde mental, estipula regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, regulamenta as internações compulsórias e dá outras providências. Até esta data, já haviam iniciativas municipais de cuidado diferenciado que se destacam nos dias atuais.

A formação de redes de cuidado é encarada como a reconquista do espaço social do portador de sofrimento mental por seu viés de saúde, ou seja, através das possibilidades do ser humano de estabelecer relacionamentos de afeto, de trabalho, de expressão criativa, de civilidade. A rede ofereceria oportunidades de relacionamento seja de cuidado, trabalho, convívio, aprendizagem.

1.2 A Função dos Centros de Atenção Psicossocial e a Articulação da Rede

Em diferentes localidades brasileiras, observam-se iniciativas municipais (por gestão e financiamento) que repercutiram como experiências positivas de cuidado ao portador de sofrimento psíquico. Surgem os Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS e os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (NAPS Santistas, inaugurados a partir de 1989 e CAPS Luis da Rocha Cerqueira ou CAPS Itapeva inaugurados em 1987) como modelos de espaços substitutivos ao cuidado realizado nos hospitais (Figueiredo & Rodrigues, 2004; Onocko-Campos & Furtado, 2006). Estas iniciativas tornaram-se subsídio para o Ministério da Saúde na formulação da Portaria n. 224/92, a qual estabelece critérios para o credenciamento e financiamento dos CAPS pelo SUS (Onocko-Campos & Furtado, 2006). Em 2002, o Ministério da Saúde publica a portaria 336 GM na qual criam-se os CAPS com

a função de organizar a rede de saúde mental na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde (Brasil, 2004b).

Os Centros de Atenção Psicossocial assumem o compromisso de oferecer atendimento em saúde mental através de acompanhamento clínico, reinserção social pelo trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (Brasil, 2004b). Os centros devem buscar acolher os pacientes com transtornos mentais e proporcionar a integração ao ambiente social e cultural concretos, ou seja, integrá-los ao seu “território”, ao seu espaço social onde desenvolve a vida cotidiana (Brasil, 2004b). Silva (2005) coloca que o seu principal objetivo é aumentar as possibilidades do “louco no tecido social” e minimizar o sofrimento psíquico. Destaca a responsabilização daqueles que o cercam levaria ao aumento dos laços sociais e a diminuição da dependência institucional.

Os CAPS´s são tidos como dispositivos estratégicos para organização desta rede que envolve a atenção básica, as residências terapêuticas, os ambulatorios, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros (Brasil, 2004a; Brasil, 2004b; Campos & Furtado, 2006). Onocko-Campos e Furtado (2006) colocam que a função de organizador da rede local do CAPS é uma realidade a ser alcançada no cenário nacional. Observam que, apesar dos esforços em introduzir novas práticas terapêuticas, a assistência ainda parece manter-se dentro dos paradigmas anteriores. Sugerem que a transformação institucional torna necessária a desconstrução de ideologias e de campos de conhecimento. Em relação a isto, Rodrigues e Figueiredo (2003) apontam que a implantação do Centro de Atenção Psicossocial não indicava apenas a mudança de tecnologias, mas dos objetivos de atenção os quais a autonomia do indivíduo e o vínculo social devem coexistir nas ações terapêuticas.

No município de Três Coroas, a intenção de cadastrar um CAPS foi formalizada no ano de 2004 e até o presente momento não foi credenciado no Ministério da Saúde. Contudo, esforça-se para cumprir os propósitos de um CAPS. Tanto na atenção direta ao usuário quanto na formação da rede.

1.3 A Saúde Mental na Atenção Básica e Articulação da Rede

A atenção básica em saúde constitui-se pelos centros ou unidades de saúde locais e/ou regionais, pelo Programa de Saúde da Família – PSF e de Agentes Comunitários de Saúde – ACS, que atuam na comunidade de sua área de abrangência.

Pela proximidade com as famílias e as comunidades, os PSF's tornaram-se um recurso estratégico para o cuidado com as diversas formas de sofrimento mental. Espera-se

que na atenção básica os cuidados obedeçam ao modelo de redes de cuidado envolvendo a noção de território; intersetorialidade; reabilitação psicossocial; multiprofissionalidade/interdisciplinariedade; desinstitucionalização; promoção da cidadania do usuário e construção da autonomia possível de usuários e familiares através do estabelecimento de vínculos e o acolhimento (Brasil, 2004a).

A aproximação dos CAPS e da atenção básica são fundamentais para o acompanhamento, na capacitação e no apoio ao trabalho das equipes com as pessoas acometidas de transtornos mentais (Brasil, 2004b). Este investimento justifica-se pelo aumento da resolutividade alcançada. Contudo, torna-se necessário a capacitação dos trabalhadores em saúde de seu compromisso com este processo.

1.4 A Rede e sua Articulação

Carreira e Pandjarian (2003) estabelecem que rede trata-se de uma atuação articulada entre instituições e grupos que dirigem suas ações à erradicação de um problema. Sugerem ser necessário ter intenção, vontade e compromisso. Salientam a importância do reconhecimento de cada instituição ou organização participantes em relação à sua natureza, seu papel, sua capacidade e sua função. Sendo que, cada uma, apresenta missão e papéis próprios que podem ganhar outra dimensão ou significado na articulação com a rede.

Carreira e Pandjarian (2003) fazem uma distinção entre rede de relações e rede de serviços. A rede de relacionamentos é denominada de rede primária. Propõem que o fortalecimento das redes primárias deve ter especial atenção para aqueles que pretendem criar condições de proteção ou desenvolvimento de qualquer população. As redes secundárias são aquelas que ocorrem entre indivíduos e instituições. Sendo que, entre as instituições, grupos ou organizações podem ou não existir algum tipo de relação. Ainda existem redes intermediárias entre as redes primárias e secundárias do indivíduo. Esclarecem que as redes secundárias e as redes intermediárias podem articular-se para a formação de redes de serviços que reforçariam e fortaleceriam estas redes na atenção ao indivíduo.

As autoras esclarecem que propõe redes que buscam desenvolver relações interdependentes, complementares e horizontais, com poder descentralizado e ações articuladas. Descrevem uma tipologia de redes citando redes temáticas, redes geográficas, redes de mesma natureza institucional, redes permanentes ou temporárias, informais ou formais.

Silveira e Vieira (2005) sugerem que os serviços comunitários de atenção psicossocial integram a rede social de apoio ao sujeito. Tanto recebendo a demanda como participando e intervindo politicamente no universo simbólico da comunidade, aumentando as possibilidades do sujeito no social. Pode-se encontrar nas indicações para formação de redes do Ministério da Saúde a proposição de convocar a participação de recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte etc.), econômicos (dinheiro, previdência etc.), culturais, religiosos e de lazer para o cuidado e reabilitação psicossocial (Brasil, 2004b).

Na discussão da formação da rede, Silva (2005) salienta que para os CAPS's oferecerem este cuidado na comunidade dependem da construção de novos recursos terapêuticos que envolvam a família, a residência e outros espaços sociais. Sugere recursos como as visitas domiciliares, as reuniões familiares, engajamento com a escola, com o trabalho com passeios. Segundo o autor, estas ações têm se tornado constante nos serviços à medida que procuram construir redes sociais de suporte. Sendo assim, profissionais, famílias, vizinhos são compartilham da assistência e constroem um outro espaço social para o louco (Silva, 2005).

1.5 Resiliência, Fatores de Risco e Proteção

Resiliência pode ser considerada como “o conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilitam o desenvolvimento de uma vida sadia, mesmo vivendo em um ambiente não sadio” (Pesce, Assis, Santos & Oliveira, 2004, p. 135). Sendo um processo interativo entre pessoa e seu meio, como uma variação individual em resposta ao risco (Rutter, 1987 citado por Pesca e cols, 2004). Pinheiro (2004) coloca que, na Psicologia, resiliência é comumente definida “como a capacidade de o indivíduo, ou a família, enfrentar as adversidades, ser transformado por elas, mas conseguir superá-las”(p. 68). Nos estudos brasileiros, observa-se a discussão sobre as diferentes formas de explicar este construto bem como fatores de risco e proteção associados a ele (Pesca e cols, 2004; Pinheiro, 2004; Yunes, 2003).

Fatores de risco são considerados como processos. Pondera-se que o número total de fatores de risco, o período de tempo, o momento da exposição ao risco e o contexto no qual são identificados são mais importantes do que a ocorrência em uma única exposição (Engle, Castle & Menon, 1996 citados por Pesca e cols, 2004). Em relação aos processos de proteção Pesca e cols. (2004) citando Rutter (1987) destacam quatro principais funções: (1) reduzir o impacto dos riscos; (2) reduzir as reações negativas em cadeia que seguem a

exposição do indivíduo à situação de risco; (3) estabelecer e manter a auto-estima e auto-eficácia; e (4) criar oportunidades para reverter os efeitos do estresse.

Pesce e cols (2004) salientam que outros aspectos fazem parte da análise de risco e proteção. Entre eles, apontam que não há consenso sobre quantas exposições a eventos negativos são necessários para afetar a capacidade de resiliência do indivíduo. Também, sugerem cautela para determinar fatores como sendo de risco ou de proteção, pois podem configurar risco em determinados momentos ou para indivíduos, e, identificados como proteção em outros momentos ou para outros indivíduos. Acrescentam que, a presença de fatores de proteção pode determinar o surgimento de outros fatores de proteção em algum outro momento.

Pinheiro (2004) afirma que ampliar a discussão da resiliência nos âmbitos das organizações e grupos é interessante na medida em que se pensa nos resultados de pesquisas brasileiras com egressos de instituições. Destaca trabalhos de pesquisadores brasileiros como Altoé (1990), Gomide (2000), Guirado (1986), Silva (1997) e Weber e Kossobudzki (1996). Também salienta que os resultados obtidos reforçariam a discussão da resiliência tanto por sua ótica individual quanto pela das instituições (organizações, grupos, família, sociedade,...).

Tavares (2002) verifica a existência de uma convergência de idéias para o desenvolvimento de resiliência em organizações. O autor coloca que “as organizações serão tanto mais resilientes quanto mais e melhor imitarem as pessoas, no sentido mais autêntico, de seres abertos, flexíveis, responsáveis, autônomos e colaboradores, solidários e tolerantes” (Tavares, 2002, p. 53). Então, a organização que pretende ser resiliente deve ser organizada, democrática, de qualidade e eficaz. O autor acrescenta que para tornar uma organização resiliente é necessário “desenvolver nelas capacidades que as tornem o mais flexível e rápidas possível nas suas respostas e, ao mesmo tempo, mais seguras, rigorosas, adequadas, de melhor qualidade” (Tavares, 2002, p. 59). Ainda argumenta que o desenvolvimento de capacidades resilientes nas pessoas e nas organizações é prioridade para a formação de cidadãos. Fatores institucionais podem se tornar risco ou proteção.

CAPÍTULO II

RELATO DE EXPERIÊNCIA

2.1 Método

Para realizar o relato de experiência, adotou-se o delineamento de estudo de caso da formação da rede de saúde mental do município de Três Coroas. O levantamento das informações foi realizado através de observação participante e análise de documentos no período de abril de 2006 a dezembro do mesmo ano.

Os resultados obtidos foram organizados no relato a seguir e posteriormente analisados para identificar fatores de risco e fatores de proteção da rede que se formou. Com o intuito de organizar as informações, elegeram-se três categorias de análise da rede: 1) Ações do Serviço de Saúde Mental e seu relacionamento com os serviços públicos e com as entidades da comunidade; 2) Dados Institucionais do Serviço de Saúde Mental; 3) Atenção ao usuário do Serviço de Saúde Mental.

2.2 Caracterização do Local

Três Coroas é uma cidade com aproximadamente 22.000 habitantes, distante 92km de Porto Alegre. Situa-se no Vale do Paranhana antecedendo a Serra Gaúcha. A cidade é banhada pelo Rio Paranhana e cercada por montanhas, muitas ainda com mata nativa preservada. Por este motivo, a cidade também é conhecida por "Cidade Verde". Foi colonizada por alemães no final do século XIX. Sua economia é baseada na indústria calçadista o que constituiu um atrativo para pessoas de todo o estado em busca de trabalho (<http://www.trescoroas.rs.cnm.org.br>).

O sistema público municipal de saúde é administrado pela Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social – SMSAS que dispõe de um Centro Municipal de Saúde, uma unidade básica de saúde, dois Programas de Saúde da Família e um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS – I, em fase de credenciamento no Ministério da Saúde.

A cidade dispõe de uma fundação hospitalar de pequeno porte com aproximadamente 35 leitos. Mantém convênio com o Sistema Único de Saúde e entidades privadas.

O município é conveniado ao SUS pela gestão em Atenção Básica, o que predispõe o compromisso em oferecer a população consultas pediátricas, de clínica geral, de ginecologia e obstetrícia e de odontologia, dentro disso, alguns como exames de

eletrocardiograma, exames laboratoriais básicos, ecografia para gestante, teste de gravidez, pré-câncer e procedimentos de vigilância sanitária e epidemiológica. Até o ano de 2003, a atenção em saúde mental era realizada pela Assistência Social. Naquela época, de modo geral, partiam de denúncias ou solicitações de auxílio ou então solicitação de avaliação. Após sua ciência, procediam aos encaminhamentos necessários e mantinham o acompanhamento individual ou familiar das pessoas envolvidas. Contavam com convênio entre a SMSAS com prestadores de serviço na área de psiquiatria e psicologia. Estavam conveniados cerca de 45 usuários atendidos por uma psicóloga e 70 consultas com psiquiatra.

2.3 Serviço de Saúde Mental em 2003

A partir de 2003, ingressaram no quadro de profissionais da SMSAS uma psicóloga, uma assistente social, uma enfermeira e um farmacêutico. A assistente social vinha cobrir a saída de outra profissional de mesma área. Nos meses que se seguiram, com a inclusão de novos trabalhadores, a ordem dos encaminhamentos para os cuidados em saúde mental se alterou. Manteve-se o convênio com a psiquiatra e a atenção realizada pelas assistentes sociais. Somado a isto, as consultas em psicologia passaram a se realizar no Centro Municipal de Saúde. Tornaram-se freqüentes os momentos de interconsulta entre as três áreas. Vale esclarecer que o Serviço de Psicologia atendia individualmente cerca de 30 a 35 pessoas de diferentes idades e sofrimento mental, como também participava de ações juntamente com assistência social, Conselho Tutelar e grupos de atenção em saúde. As demandas de atendimento vinham das escolas, do Conselho Tutelar e indicação terapêutica de médicos e assistentes sociais.

2.4 Serviço de Saúde Mental em 2004

Em 2004, a SMSAS recebeu a proposta da Coordenadoria Regional de Saúde – Secretaria Estadual de Saúde para implantar um CAPS–I (para municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes). A psicóloga foi designada pela gestora municipal para apropriar-se da legislação existente sobre o assunto para formular uma proposta municipal. Em junho de 2004, o Prefeito Municipal juntamente com a Secretária Municipal de Saúde e Assistência Social assinaram a Carta de Intenção de implantação de um CAPS no município. Esta carta foi dirigida a Coordenadoria Regional de Saúde que encaminhou para a Secretaria Estadual de Saúde e Comissão Bipartite, a resposta afirmativa foi

recebida em julho do mesmo ano, dando um prazo de seis meses para o início das atividades.

Durante os meses de junho a novembro, foi formada uma equipe mínima de profissionais que se reuniram com a tarefa de implantar o CAPS. Esta equipe compôs-se de duas psicólogas (com o ingresso de mais uma profissional no mês de agosto), uma enfermeira, um assistente social e um técnico de enfermagem. Os profissionais envolvidos foram incluídos por terem disponibilidade de horários e interesses. Foi acordado que se manteria a psiquiatra que prestava serviços pelo convênio. Este grupo, salvo a psiquiatra, organizou documentação necessária, redigiu o Projeto Terapêutico e definiu o modo de funcionamento do CAPS. Reunia-se uma vez por semana para ordenar as atividades. Também neste período, foram realizadas visitas a CAPS da região, houve a participação em fóruns, encontros e capacitações. A descrição destes eventos consta em ata e em documentos do serviço.

Paralelamente a estas atividades, mantiveram-se as formas de atenção à população (atendimento individual da psiquiatra e das psicólogas, e o acompanhamento da assistente social). Acrescido a isto, em março de 2004, o atendimento com a psicóloga foi inserido numa unidade de saúde com PSF.

Em dezembro de 2004, iniciaram-se as atividades do CAPS em turno matutino com cerca de 90 usuários entre os atendidos pela psiquiatra, psicólogas e assistentes sociais. Os critérios de inclusão no CAPS incluíram diagnóstico que levavam a comprometimento grave, idade e necessidade de atenção multiprofissional e os critérios estabelecidos pela Portaria 336/2002 de criação dos CAPS – serviço porta aberta. O Centro de Atenção Psicossocial responsabiliza-se por oferecer atenção adequada a pessoas portadoras de sofrimento psíquico grave e/ou persistentes em regime intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Mantém disponível à população o procedimento de acolhida onde tanto quem busca voluntariamente o serviço com quem vem por encaminhamento de profissional de saúde é acolhido, escutado e direcionado a modo de atenção do qual necessitar.

Estes critérios serviram para poder designar usuários de CAPS e usuários de ambulatório, desta forma, estipulou-se dois modos de atenção em saúde mental no município: ambulatório de psicologia (no Centro Municipal de Saúde e no PSF da Linha 28) e o Centro de Atenção Psicossocial e as ações da assistência social do município foram incorporadas ao CAPS.

O atendimento ambulatorial de Psicologia ocorria no Centro Municipal de Saúde e no PSF Linha 28 para a população de diferentes faixas etárias. O atendimento é individual

e proposto a pessoas em situação de sofrimento psíquico cuja sintomatologia não as impossibilita o convívio social, a manutenção de suas responsabilidades com a família, com o trabalho ou os cuidados pessoais. Até dezembro de 2006, os moradores das áreas de cobertura do PSF Linha 28 eram atendidos na unidade do PSF. A partir de janeiro de 2007 estes foram dirigidos ao Centro Municipal de Saúde. Para a realização das atividades dispõem-se de duas psicólogas que totalizam 28 horas semanais.

Observa-se que as dificuldades encontradas neste setor referem-se ao elevado número de pessoas que aguardam atendimento. Em relação a isso, constata-se alguns fatores que interferem negativamente como a distância do local de atendimento de parte da população que demanda atendimento (áreas afastadas e rurais) associado à falta de meio de transporte dificulta a acessibilidade e a manutenção ao tratamento. Outro fator identificado refere-se ao desconhecimento dos recursos comunitários e disponibilizados por outras secretarias municipais como alternativas de absorção das demandas e de inclusão social, através das listas de espera, temas de discussão em equipe e relatórios emitidos pelo serviço.

As psicólogas apontam aspectos preteridos em vista da atenção dispensada ao atendimento individual: como a investigação e o diagnóstico comunitário que possibilitariam o planejamento de ações comunitárias de prevenção em saúde física e emocional; a articulação de modos de ação comunitários de enfrentamento às contrariedades do bem-estar comunitário (violências, uso abusivo de substâncias, negligências). As profissionais apontam a necessidade de ampliar os modos de atenção oferecendo atendimento em grupos focais, para o qual se apresenta uma dificuldade de espaço físico.

2.5 Serviço de Saúde Mental em 2005

Em 2005, iniciaram-se as atividades do grupo comunitário “Arte sem Idade” no PSF que se caracteriza por um grupo comunitário formalizado com o propósito de criar um espaço de saúde na comunidade e impulsionar ações das pessoas da comunidade para garantir saúde e cidadania. Estas ações priorizam atenção coletiva, com propósito de prevenção e promoção de saúde. Para identificar a população alvo, utilizou-se de diferentes fontes de informação como as agentes comunitárias de saúde, profissionais de saúde e assistência social e a comunidade.

Para o primeiro ano do CAPS estabeleceram-se ações com a intenção de esclarecer as funções, as redes de referência e contrareferência com os demais serviços de saúde

pública e entidades comunitárias de cuidado. Assim, houve reuniões com servidores públicos municipais de saúde e assistência social e responsáveis técnicos do hospital.

A fundação hospitalar não possui leitos psiquiátricos cadastrados e vem buscando auxílio para implantá-los. A política nacional de saúde mental prevê a inclusão de leitos psiquiátricos em hospital geral financiados pelo SUS. Para a concretização deste convênio, os hospitais interessados devem inscrever uma proposta junto ao Ministério da Saúde da implantação deste leito. Para tanto, além de documentação da instituição hospitalar, é exigido um Projeto Terapêutico onde estejam determinados os modos de atenção. Há um ano, o hospital vem se articulando para implantar os leitos e desenvolvendo ações juntamente com o Serviço de Saúde Mental desenvolvendo algumas atividades. Agora, solicitam auxílio para a elaboração do projeto terapêutico onde também será estipulada a relação entre Serviço de Saúde Mental e Hospital. As supervisões acontecem conforme solicitação da enfermeira responsável pelo projeto. Tendo acontecido dois encontros para a realização destas atividades.

A pedido do Serviço de Saúde Mental, o hospital acolhe pessoas portadoras de sofrimento psíquico em situações como desintoxicação, observação ou tratamento medicamentoso que exija observação ou regulação do uso de medicação. Também se fez contato com membros do Grupo Alcoólicos Anônimos que se colocaram a disposição para auxiliar na atenção a usuários do CAPS que estejam em acompanhamento por uso abusivo de álcool.

Realizaram-se reuniões com os usuários do CAPS para apresentar as funções do Centro, estabelecer com eles projetos de interesse e reafirmar a estrutura de funcionamento. Para estas reuniões, também foram convidados familiares dos usuários. Com o propósito dos usuários envolverem-se na discussão da Luta Antimanicomial e terem a ilustração de ações de um CAPS, levaram-se usuários do centro de Três Coroas a um evento referente à Luta antimanicomial e saúde coletiva em Igrejinha onde tiveram contato com usuários do Centro de Atenção Psicossocial deste município. Posteriormente, este Centro foi recebido pelos usuários de Três Coroas em uma reunião festiva.

Buscou-se apresentar os resultados obtidos pelo CAPS apresentando informações a diferentes níveis da comunidade através de notícias no jornal local. Mantiveram-se reuniões freqüentes com gestora municipal que acompanhou o desenvolvimento das ações e autorizou o desenrolar dos projetos internos. Também, com participação da gestora municipal, realizou-se reunião com prefeito para apresentação dos resultados obtidos com a nova organização, bem como a apresentação de proposta do que se pretende desenvolver.

Neste mesmo ano, o Serviço foi convidado a apresentar as ações desenvolvidas na organização de uma rede de atenção em saúde mental em Seminário organizado pelo Fórum Técnico Macrometropolitano e 1º, 2º e 18º Coordenadoria Regional de Saúde no Hospital Psiquiátrico São Pedro.

Durante o ano de 2005, o CAPS teve alterações que envolveram sua estrutura e sua equipe. Passou a funcionar no turno da tarde e teve a saída de uma psicóloga em janeiro e a inclusão de outra em julho, também teve a troca de um técnico de enfermagem por outra. Ainda a respeito do número de trabalhadores no CAPS, iniciou uma funcionária de serviços gerais. Neste mesmo ano, foi solicitado incentivo financeiro federal para a implantação do CAPS. Este foi recebido em dezembro.

Quanto ao CAPS, durante o ano de 2005, foram realizados 290 acolhidas de novos usuários, os procedimentos realizados neste período incluíram atendimento individual psiquiátrico e psicológico, orientação familiar, grupo terapêutico, oficinas de socialização, visitas domiciliares, acompanhamento para usuários em internação hospitalar. Entre as oficinas semanais salienta-se de culinária, organizada por técnico do CAPS e de reciclagem de materiais fornecido por técnico do Sindicato Patronal da Indústria. Também neste ano, pessoas do Centro de Estudos de Luto vinculados ao Centro Budista situado na cidade, procuraram a SMSAS para realizar grupos de apoio ao luto. Estas foram encaminhadas ao CAPS. Durante os anos de 2005 e 2006 foram realizados três grupos e dois acompanhamentos familiares.

2.6 Serviço de Saúde Mental em 2006

Em 2006, a proposta do Serviço de Saúde Mental, envolvendo CAPS-I ainda em fase de credenciamento e Serviço de Psicologia, era a implantação de uma rede de atenção em saúde mental que se envolveria a comunidade e demais órgãos públicos da esfera municipal. Estabeleceram-se como objetivos ampliar a rede de saúde mental pela articulação entre serviços públicos, privados e comunitários; possibilitar um sistema de comunicação entre as entidades envolvidas; desmistificar o imaginário sobre saúde e loucura; propiciar que pessoas e serviços constituam-se cuidadores e referência de cuidados; diversificar as formas de atenção; garantir o espaço de convívio comunitário para os portadores de sofrimento psíquico; contribuir para que acessibilidade aos modos de atenção em saúde; preparar pessoas e instituições para a atenção em saúde mental; fortalecer os trabalhos existentes, reforçando as ações coletivas; envolver usuários, familiares e a comunidade no desenvolvimento de uma cultura antimanicomial; e, articular

os profissionais de saúde e os programas de saúde para ações de prevenção, promoção e proteção à saúde, caracterizando o cuidado pela via da integralidade da saúde.

Este propósito criou-se a partir dos resultados da interação de membros da comunidade nos cuidados dos portadores de sofrimento psíquico. A participação da comunidade tanto beneficiou a melhora de sintomas dos usuários do CAPS como também favoreceu a mudança de conceito de saúde e doença.

Isto se evidenciou nos debates do 1º Encontro do Vale do Paranhana de Saúde Mental Coletiva realizado em Três Coroas. Este encontro foi realizado em parceria com os Centros de Atenção Psicossocial de Igrejinha e Taquara em dia que antecedia o Dia da Luta Antimanicomial em maio. Os objetivos do encontro eram apresentar a população do Vale do Paranhana as diferentes formas de atenção existentes nos municípios; realizar amostra dos Serviços de Saúde Mental do Vale do Paranhana; organizar uma rede intermunicipal dos Serviços de Saúde Mental; Sensibilizar gestores, vereadores, sindicalistas, representantes de associações de bairro, religiosos, profissionais de saúde, educação e assistência social, familiares para a legislação em Saúde Mental. Foram convidados representantes de órgãos públicos dos três municípios (executivo, legislativo e judiciário), representantes das secretarias municipais de saúde e trabalhadores de saúde dos municípios que compõe o Vale do Paranhana, trabalhadores de saúde dos municípios organizadores, usuários dos serviços de saúde mental, representantes de entidades religiosas, conselheiros tutelares, representantes das escolas municipais e estaduais, APAE's, representante dos sindicatos e Câmara de Dirigentes Lojistas, representantes dos hospitais da região, entidades de cuidado de crianças e adolescentes e emitiu-se convite aberto a toda comunidade. Compareceram cerca de 90 pessoas com predomínio de usuários e representantes de Três Coroas. A proposta final deste encontro resultará em dois eventos: o 2º Encontro do Vale do Paranhana de Saúde Mental Coletiva e encontro de Valorização da Vida. O primeiro pretende ser a continuidade da discussão sobre a formação e participação de uma rede de cuidado e promoção de saúde mental. O segundo refere-se a ações de promoção de ações de prevenção e promoção em saúde mental valorizando as alternativas existentes na comunidade. Estas temáticas estão na Carta do Encontro escrita em conjunto com os participantes e a partir das suas sugestões (Anexo A). Após este evento, buscou-se realizar envolver os trabalhadores de saúde e membros da comunidade em atividades de prevenção, cuidado e promoção em saúde mental.

O Programa de Saúde da Família configurou-se o dispositivo que recebeu maior número de propostas do Serviço de Saúde Mental. Em abril, a enfermeira responsável pelo

programa convidou as psicólogas do Serviço de Saúde Mental para participar da preparação dos agentes para o trabalho a ser desenvolvido na comunidade. A solicitação incluía dois temas trabalhados em uma manhã: postura do ACS na comunidade e trabalho em equipe (também se abordou os cuidados proporcionados por rede de atenção em saúde mental no PSF).

Também, manteve-se a atenção ao portador de sofrimento psíquico tanto no acompanhamento aos profissionais nas duas unidades do programa quanto na atenção direta com atendimento individual e no Grupo “Arte sem Idade; e grupo de trabalho sobre saúde do adolescente que se formou a partir da identificação da preocupação com o comportamento de risco de adolescentes em relação a sexualidade e a sua própria saúde.

O grupo de saúde do adolescente identificou fatores de risco que envolve a gravidez precoce e de risco; a infecção por doenças sexualmente transmissíveis; a relação entre jovens e pais, bem como, de pais jovens com seus bebês; os índices de depressão pós-parto; as queixas de mães jovens em relação a suas habilidades de lidar com seus filhos; o alto número de encaminhamentos para psicologia de crianças cuja causa está associada a demanda materna (em vista de insegurança, falta de conhecimento, falta de apoio para educar ou cuidar de seus filhos, dúvidas sobre orientações de comportamentos ou situações normais do desenvolvimento); o uso de álcool, tabaco e outras drogas; à violência e exposição a outras situações de vulnerabilidade. Tendo em vista estes fatores, objetiva-se propor um modo de atenção ao adolescente. Primeiramente, optou-se por elaborar um plano de ação frente ao comportamento de risco e sexualidade, focando métodos educacionais (orientações em grupos na escola, orientação a pais, orientações individuais em situações de busca livre). Como ponto de partida desta ação, identificou-se o tema a ser abordado e reuniu-se para estudar o material previamente coletado, e para organizar material escrito que servirá como protocolo para o serviço. A busca por material incluiu: higiene, corpo humano e seu funcionamento, adolescência como um período do desenvolvimento humano, métodos contraceptivos e preventivos a doenças sexualmente transmissíveis, gravidez, drogas, direitos e deveres, trabalho, relacionamento social, projeto de vida e metodologias a serem utilizadas e experiências de outros municípios.

O trabalho com os PSF's possibilitou também a supervisão das atividades agentes comunitárias de saúde no cuidado ao portador de sofrimento psíquico, que ocorreram em momentos pontuais por demanda do Serviço de Saúde Mental quando uma Agente de Saúde está participando dos cuidados de um usuário do CAPS. Neste momento, orientou-se sobre postura, manejo, orientação á família, situações de atenção em relação à

manutenção do tratamento, riscos a serem observados ou estímulos para ingresso e participação comunitária. Ocorrem com a presença da enfermeira responsável pela supervisão da agente. E, iniciou-se a articulação entre unidade de saúde e escola no bairro Linha 28 em vista de atividades educativas e recreativas para jovens que constituam espaços de atenção em saúde à medida que os jovens solicitem ou demonstrem interesse semelhante ao trabalho realizado no grupo “Arte sem idade”. Este grupo teve como objetivo em 2006, envolver-se com as questões de sua comunidade e participar dos eventos dispostos nela. Contudo ao final do ano, concluíram-se suas atividades tendo em vista o número reduzido das integrantes apesar do esforço em ampliar a participação comunitária.

Houve também a busca pelo Conselho Tutelar de suporte do Serviço de Saúde Mental e do Departamento de Assistência Social para estabelecer uma rede entre os serviços para a atenção de crianças, adolescentes e suas famílias. Salienta-se que este pedido foi formalizado após a participação dos conselheiros tutelares do 1º Encontro no Vale do Paranhana de Saúde Mental Coletiva, onde se falou sobre redes de apoio social e redes de serviços. Inicialmente, discutiram-se intervenções em situações de cuidado do Conselho Tutelar e dos serviços. Posteriormente, passou-se a estabelecer modos de atenção necessários para o trabalho com crianças, adolescentes e suas famílias. Entre as propostas a serem trabalhadas estão: estabelecer critérios para a relação com lares e abrigos conveniados que abrigam crianças e adolescentes do município; ação com as famílias de crianças e adolescentes abrigadas; ação para pais que procuram orientações para cuidados de seus filhos; identificação de demandas de crianças e de adolescentes quanto a atividades ocupacionais em tempo inverso a escola. Com o intuito de organizar estas ações e promover o papel do Conselho Tutelar como órgão de apoio e cuidado, estipulou-se o planejamento em conjunto e considerou-se necessário a contribuição de cada pessoa seja conselheiros, psicólogos ou assistentes social. Neste momento, têm-se buscado informações que possibilitem a identificação de demandas, espaços potencialmente terapêuticos, planejamento das formas de atenção e a articulação em rede.

Para este ano ainda se pretendia realizar curso de preparação das ACS para a atenção em saúde mental e capacitação de integrantes de uma rede de atenção – funcionários da Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social e do hospital, bombeiros voluntários e/ou supervisão direta; expansão do grupo de trabalho sobre saúde do adolescente, para planejamento familiar; e ingresso no PSF Vila Nova.

Ainda consta em discussão, e avaliação sobre a viabilidade para duas ações: rede de proteção à violência e articulação da rede inter municipal de saúde mental. O primeiro diz

respeito a um sistema de notificação e proteção a vítimas de violência promovidas por outros ou lesivas (como tentativas de suicídio). O segundo a articulação entre Serviços de Saúde Mental de municípios próximos com o propósito de fortalecer ações a favor da reforma psiquiátrica, capacitação técnica e cuidados aos cuidadores em saúde mental. Estas atividades serão propostas para a gestora e dependerá de sua apreciação.

Sobre a aproximação das entidades religiosas, tem-se discutido com os trabalhadores do CAPS a participação de representantes de religiões nos cuidados dos usuários de saúde. Em experiências prévias, obtiveram-se resultados positivos na adesão e manutenção do tratamento com a participação destes representantes.

Também durante o ano, trabalhadores do Serviço de Saúde Mental participaram de cursos (sobre o processo de luto e capacitação em saúde mental) e uma representação participou do Encontro Estadual de CAPS. Estes aprimoramentos serviram para aproximar os trabalhadores de conhecimento técnico e em espaços de diálogo sobre a questão da implantação da política de saúde mental. O que gerou o interesse em estabelecer um momento de avaliação do serviço e planejamento das ações para o próximo ano.

Este planejamento se deu em conjunto com a gestora em saúde do município. Em outubro de 2006, os trabalhadores de saúde mental (com exceção da psiquiatra e da técnica de enfermagem) e a Secretária Municipal de Saúde e Assistência Social firmaram os compromissos para 2007. Entre eles estão à formação de um serviço de atenção à infância e a adolescência, participação do Serviço de Saúde Mental em ações de prevenção e promoção de saúde em todas as unidades de saúde (priorizando a ação em grupo), manter o nível de atenção estabelecido no CAPS e reordenar a atenção do Serviço de Psicologia. Foi estabelecida disponibilidade de carga horária para a realização das atividades, pois atualmente, o Serviço de Saúde Mental dispõe de duas psicólogas com a responsabilidade de atuar no ambulatório e no CAPS e uma assistente social que se divide na atenção à saúde mental e Departamento de Assistência Social. Incluiu-se a psicopedagoga e saiu a enfermeira (aguarda-se a contratação de nova profissional na área). O objetivo inicial do ingresso da psicopedagoga foi incluir um profissional para realizar atividades de grupo de convivência no CAPS e propiciar a inclusão dos usuários do CAPS nos grupos de convivência da comunidade. Através das ações do Departamento da Assistência Social, a psicopedagoga coordena grupos de convivência para a terceira idade e para as comunidades de interior (zona rural) do município. Torna-se necessário, a ampliação do número de profissionais de psicologia, assistente social, enfermagem e terapia ocupacional. A maior dificuldade deste serviço relaciona-se ao número de atribuições dos profissionais e

o elevado número de pessoas que demandam atenção. Enfrenta-se outra dificuldade em recursos de transporte que viabilizem as visitas domiciliares.

Em relação ao espaço físico, para o funcionamento do CAPS- I conta-se com um centro com salas de atendimentos individuais, sala de atendimento em grupo, sala de convívio social, sala de oficinas, ambulatório, sala de registro de usuários, sala de espera, sala administrativa, refeitório, cozinha, sanitários. Este espaço foi reformado em 2006 com o recurso de incentivo para implantação de CAPS e contrapartida do município. Com a reforma, tivemos que transferir o atendimento para salas emprestadas pelo Sindicato dos Sapateiros do município que nos recebeu por cerca de um mês.

Durante este período não foram realizadas atividades de grupo e oficina. Este fator interferiu na quantidade de procedimentos realizados e na diversificação de modos de atenção. Foram realizadas 153 acolhidas neste ano, e os procedimentos realizados neste período incluíram: atendimento individual psiquiátrico e psicológico, orientação familiar, grupo terapêutico, oficinas de socialização, visitas domiciliares, acompanhamento para usuários em internação hospitalar, interconsultas com PSF's e Conselho Tutelar, inclusão de membros da comunidade no cuidado dos usuários e a participação na Ação Comunitária possibilitou através de uma atividade lúdica a discussão sobre preconceito e reconhecimento social da loucura.

Durante os anos de 2004, 2005 e 2006, a formação deste Serviço foi mantida com recursos municipais. O interesse em se organizar as ações e qualificar a atenção ao usuário tem permitido tanto o desenvolvimento de ações, como o planejamento de novas intervenções. Existe o entendimento da necessidade de participação em eventos como o Fórum Técnico Macrometropolitano de Saúde Mental e a articulação da rede intermunicipal de saúde mental. A gestora municipal de saúde se mantém a par dos acontecimentos do Serviço de Saúde Mental que são discutidos em reuniões semanais entre os trabalhadores do CAPS e registrados em caderno de ata desde o início da organização inicial do CAPS.

Observa-se que há o impacto na equipe de trabalhadores do CAPS pela incerteza do credenciamento. Ainda aguarda-se o credenciamento do centro sem ter previsão de tempo para isto acontecer. Contam com isto para ampliar a atenção em carga horária, atividades e número de atendimentos. Isto geraria também inclusão de recursos para a manutenção e ampliação das atividades (também através da contratação de novos profissionais). Identificam um período de mudança na estruturação do SUS o que pode estender por período indeterminado o credenciamento do CAPS.

2.7 Trabalhadores de Saúde do Serviço de Saúde Mental

A respeito dos trabalhadores do Serviço de Saúde Mental pode-se constatar que a diferença na formação técnica, bem como a história profissional de cada elemento com a atenção em saúde mental evidencia-se nas discussões e nas atitudes dos trabalhadores frente às situações de cuidado. Evidenciando-se a falta de um conhecimento técnico comum a todos os membros da equipe. Durante as reuniões, este aspecto foi constatado pela equipe causando mal estar. Sugeriu-se a intervenção de um profissional para supervisão da equipe para desenvolver conceitos e posturas técnicas e fortalecer a relação dos trabalhadores de saúde mental. Também esta constatação levou a equipe a fazer da reunião um espaço de acerto das diferenças para a atuação em conjunto. Alguns enfrentamentos podem ser observados. Ainda, busca-se como regulador desta situação princípios levantados na Reforma Psiquiátrica como direito a tratamento e escolha por ele, tratamento foca à necessidade do portador de sofrimento psíquico, reconhecimento dos movimentos sociais de inclusão (cuidado) e exclusão (transferência de cuidado), atenção voltada para a integralidade do ser humano.

Durante as discussões da equipe pode ser observada a preocupação em atender a população que busca o serviço. Reconhece-se a impossibilidade de atender a esta demanda, mas permanece um desconforto em anunciar às pessoas que procuram atenção em saúde mental que em vista do elevado número de pessoas que estão em atendimento e das que estão aguardando atendimento não será possível incluí-la neste momento. Frequentemente, discutem-se estratégias de inclusão de novos usuários ou de alternativas de cuidado enquanto não é incluído. A mobilização da equipe frente as situações de urgências e emergências é, por vezes, de sofrimento psíquico da própria equipe.

Assim, observa-se que o próprio Serviço de Saúde Mental acaba demandando da comunidade e do poder público outras formas de ampliação da capacidade de atendimento bem como da identificação de outros recursos de cuidado além dos mantidos pela SMSAS.

Durante os contatos realizados com trabalhadores de saúde e entidades relacionadas a SMSAS, observou-se deles a necessidade de um tempo de apropriação do convite a participar. Isto se evidenciou com as unidades de PSF e Conselho Tutelar. Esclarece-se que a postura dos trabalhadores de saúde mental era garantir que a participação de uma entidade na rede seguiria os princípios de desinstitucionalização, cuidado aproximado, inclusão social, reabilitação de aspectos saudáveis dos portadores de sofrimento psíquico. Assim, mantinha-se uma expectativa de que as entidades adeririam sem relutância. Os

trabalhadores de saúde mental tiveram que se preparar para reaproximar e confortar os demais do quanto seria possível trabalhar considerando estes aspectos. Constatou-se que a mudança de postura frente ao portador de sofrimento psíquico convida as pessoas a lidarem com imagens de loucura, desordem, agressividade, de exclusão, de contenção e, por vezes, do impossível. Algumas frases pronunciadas nestes momentos ilustram isto: “Vocês tem camisa de força?”, “Eu não sei nenhuma técnica pra conter!”, “di certo ele tava loco”, “ a gente não ta acostuíado assim. (...) a gente ta acostuíado com chefe”, “não tenho mais o que fazer”.

Ao final do ano de 2006, em reunião com os trabalhadores do Serviço de Saúde Mental, entre CAPS e Serviço de Psicologia, avaliaram-se os trabalhos realizados no ano, e os desafios para o próximo ano. Estabeleceu-se a necessidade de criar estratégias de aproximação dos demais trabalhadores de saúde da SMSAS nos cuidados com os portadores de sofrimento psíquico, visando à diminuição de resistências e favorecendo o conhecimento técnico adequado (livre de preconceitos). Aproximar-se de entidades como Associação de Bombeiros Voluntários, Conselho Tutelar, Brigada Militar, Delegacia de Polícia e efetivar o vínculo com entidades religiosas. Implantar sistema de comunicação, por notificação de agravos em saúde que interfiram no bem-estar da pessoa.

CAPÍTULO III

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A seguir, serão apresentados os resultados e a discussão dos dados. Sendo que os dados analisados sobre a implementação da rede de saúde mental apontam para três categorias de análise, que envolvem: 1) Ações do Serviço de Saúde Mental e seu relacionamento com os serviços públicos e com as entidades da comunidade; 2) Dados Institucionais do Serviço de Saúde Mental; 3) Atenção aos usuários do Serviço de Saúde Mental. Em cada categoria serão analisados os fatores de risco e os fatores de proteção identificados nestes âmbitos.

3.1 Ações do Serviço de Saúde Mental

Esta categoria está subdividida em relacionamento do Serviço de Saúde Mental e os serviços públicos e entidades da comunidade. Buscou-se identificar fatores de risco e fatores de proteção.

Entre os fatores de risco, no relacionamento do Serviço de Saúde Mental com as entidades públicas, pode-se observar a possibilidade de ampliar a rede de atenção através do vínculo com outras secretarias municipais. E que, ao estabelecer vínculo com estas entidades, vale considerar aspectos como conhecimento sobre o portador de sofrimento psíquico e os propósitos de inclusão social e potencialidades a serem desenvolvidas. Já no relacionamento com entidades da comunidade, salienta-se a revisão dos laços com o AA e o Hospital.

Os fatores de proteção identificados no relacionamento com os serviços públicos e no relacionamento com as entidades da comunidade observa-se a diversificação de laços estabelecidos. Destacam-se no relacionamento com serviços públicos o investimento na estratégia de Saúde da Família como indica a literatura revisada e, no relacionamento com entidades da comunidade, salienta-se a participação de membros de entidades religiosas. Um fator que remonta a história, trata-se da manutenção do Serviço de Saúde Mental pela gestão municipal. A seguir, são apresentados na Tabela 1 os fatores de risco e de proteção dos relacionamentos descritos.

Tabela 1

Fatores de risco e fatores de proteção das ações do Serviço de Saúde Mental segundo relacionamento com os serviços públicos e relacionamento com entidades da comunidade.

	Relacionamento com os serviços públicos	Relacionamento com entidades da comunidade
Fatores de Risco	<ul style="list-style-type: none"> - Ainda, são poucas iniciativas de envolvimento com outras secretarias municipais; - Crenças distorcidas sobre pessoas portadoras de sofrimento psíquico, predisposição a recusar atenção a estas pessoas; - O tempo de aproximação dos trabalhadores de saúde aos propósitos do Serviço de Saúde Mental tem causado diferenças na atenção recebida no CAPS e nas demais unidades. 	<ul style="list-style-type: none"> - Descontinuidade das atividades com hospital e AA.
Fatores de Proteção	<ul style="list-style-type: none"> - Manutenção do vínculo com Serviços de Saúde Mental de municípios da região; - Investimento nas ações em conjunto com os Programas de Saúde da Família; - Ampliação dos recursos e interesses da gestão municipal nas ações de saúde mental; - Planejamento de ações voltadas para adolescentes e crianças. 	<ul style="list-style-type: none"> - Busca articular em rede de atenção entidades variadas da comunidade: hospital, AA, Conselho Tutelar, Associação de Bombeiros Voluntários, entidades religiosas; - Disposição de membros de entidades religiosas em participar de cuidados; - Aproximação do Conselho Tutelar.

3.2 Dados Institucionais do Serviço de Saúde Mental

Esta categoria relaciona os aspectos que compõe a instituição como estrutura de funcionamento, recursos humanos, objetivos da organização, percepção sobre o trabalho no Serviço de Saúde Mental. Buscou-se identificar os fatores de risco e os fatores de proteção.

Nesta categoria, observa-se que os fatores de risco relacionam-se a sobrecarga e intensidade da tarefa e, em contrapartida, fatores referentes à estrutura de apoio aos trabalhadores de saúde mental. Quanto à demora no credenciamento do CAPS, este se apresenta como fator de risco em dois aspectos: pelo não recebimento de recursos que possibilitariam a ampliação do serviço e pelo desgaste dos trabalhadores que trabalharam com os documentos necessários ao credenciamento e o mesmo não ocorreu.

Os fatores de proteção relacionam aspectos estruturais como o planejamento com a participação da gestora (o que reforça o vínculo institucional e faz ingressar o Serviço de Saúde Mental nas ações de saúde reconhecidas pela população); a diversificação e ampliação da atenção oferecida à população; fortalecimento dos meios de comunicação; aspectos funcionais como o estabelecimento de vínculos com diferentes entidades; e aspectos referentes aos recursos humanos como a percepção de fatores de risco e formulação de estratégias para superá-los. Na Tabela 2, são apresentados os fatores de risco e proteção nesta categoria.

Tabela 2

Fatores de risco e fatores de proteção observados no Serviço de Saúde Mental - Dados Institucionais.

	Serviço de Saúde Mental - Dados Institucionais.
Fatores de Risco	<ul style="list-style-type: none"> - Tempo reduzido dedicado ao procedimento/planejamento e reuniões; - Diferença no conhecimento técnico dos trabalhadores do Serviço de Saúde Mental; - Intensidade e sobrecarga no trabalho dos trabalhadores do Serviço de saúde Mental pela; - Ausência de supervisor de equipe; - Incerteza do credenciamento do CAPS.
Fatores de Proteção	<ul style="list-style-type: none"> - Diversificação das formas de atenção; - Utilização das reuniões de equipe para tratar de assuntos da rede, envolvendo todos na construção e na tomada de decisões; - Engajamento da gestora municipal de saúde no planejamento das ações; - Comprometimento dos trabalhadores do Serviço de Saúde Mental com os objetivos do serviço; - Percepção dos trabalhadores de Serviço de Saúde Mental do cansaço, da diferença entre os trabalhadores, da sobrecarga e intensidade do trabalho com concomitante esforço em estabelecer estratégias para lidar com isto; - Busca dos trabalhadores do Serviço de Saúde Mental por aperfeiçoamento técnico e da estrutura do serviço; - Existência de planejamento; - Preparação de serviço específico para a atenção de crianças e adolescentes; - Busca por engajamento de parceiros nos cuidados dos usuários; - Trabalhadores de Saúde Mental, na sua maioria com vínculo estável na SMSAS; - Estabelece comunicação com entidades da comunidade e entidades de saúde; - Divulgação em meios de comunicação pública das ações do serviço; - Interesse na formalização de sistema de notificação de agravos.

3.3 Atenção ao Usuário do Serviço de Saúde Mental

Quanto aos fatores de risco na atenção ao usuário do Serviço de Saúde Mental, identificou-se problemas de acessibilidade ao tratamento em relação à procura e oferta de atendimento e fatores que dificultam a sua manutenção. Outro fator considerado risco é o número reduzido de ações socioterápicas e de geração de renda. O risco pode ser minimizado com a ampliação destas estratégias nos planos terapêuticos.

Já nos fatores de proteção, identificaram-se aspectos relacionados com os objetivos do novo modelo de atenção em saúde mental, como a redução das internações e maior atenção na rede ambulatorial e social. Na Tabela 3, encontra-se a descrição dos fatores de risco e os fatores de proteção identificados.

Tabela 3

Fatores de risco e fatores de proteção na atenção ao usuário do Serviço de Saúde Mental

	Atenção prestada ao Portador de Sofrimento Mental.
Fatores de Risco	<ul style="list-style-type: none"> - Demora no atendimento para um número acentuado de pessoas que procuram ajuda; - Número reduzido de ações socioterápicas de inclusão para o trabalho e geração de renda; - Número reduzido de ações voltadas à criança e ao adolescente; - Restrições em meios de transporte que facilitariam o acesso ao tratamento; - Dificuldade de manter o tratamento e trabalho.
Fatores de Proteção	<ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento tem possibilitado atendimento na fase aguda do sofrimento psíquico; - Envolvimento da família nos cuidados; - Estratégias de orientação e apoio social às famílias de portadores de sofrimento psíquico; - Diversificação de formas de atendimento; - Internações psiquiátricas reguladas pelo Serviço de Saúde Mental, salvo as internações por ordem judicial; - Ampliação do número de atendimentos, de usuários beneficiados, e diminuição de internações e reinternações em hospital psiquiátrico; - Cuidados na fase aguda dos Transtornos Mentais.

CAPÍTULO IV

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inicialmente, apresentou-se a construção de uma nova postura diante do binômio saúde-doença e as repercussões no campo da saúde mental. A mudança no conceito levou a mudança na estrutura de atendimento oferecida à população. Desta mudança, emerge o incentivo para as ações nas comunidades e para elas. Ou seja, não só diminui-se a distância territorial como a ignorância sobre as condições de vida da população. Esta aproximação fez reconhecer a participação de instituições sociais e sua responsabilidade para a qualidade de vida destas pessoas. A aliança entre instituições públicas e sócias passa a ser amplamente valorizada.

A proposta de articulação de rede de saúde mental pelo Serviço de Saúde Mental não só predispõe ações de cuidado como de prevenção e promoção. Sem perder seus atributos constitutivos, cada entidade é convidada a ingressar e participar do cuidado da população local que expressa seu sofrimento através de queixas de insônia, entristecimento, medo, ansiedade, crenças, tentativas de suicídio, uso abusivo de substâncias e que faz parte do cotidiano da cidade. Então, como cada elemento se entende responsável ou participante de uma rede de cuidado?

Observa-se que ao longo destes três anos de construção da atenção municipal de saúde em saúde mental se fez pela adoção da idéia de cuidado e da descoberta da reinserção social do portador de sofrimento psíquico. Mesmo aqueles que, ainda que convidados a participar, expressem sua rejeição a proposta, já se tornaram mais flexíveis ao diálogo e creditam esperança aos trabalhadores do Serviço de Saúde Mental em seu planejamento. Reconhece-se diante dos fatores de risco, que se faz necessário investir nos trabalhadores de saúde para que estes auxiliem na concretização das ações de gestão municipal. E, em relação aos fatores de proteção, que parte dos objetivos foram alcançados.

Percebe-se que em quanto a população e a política municipal estiver envolvida na atenção ao portador de sofrimento psíquico este terá a visibilidade necessária para a garantia de sua cidadania já reconhecida pela política nacional.

REFERÊNCIAS

- Amarante, P. (1995). Novos sujeitos, novos direitos: O debate sobre a reforma psiquiátrica no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 11 (3): 491-494. Retirado em 01/08/2006, do Scielo (Scientific Electronic Library Online) no World Wide Web: www.scielo.com.br.
- Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas*. (2001). Brasília: DF. Autor.
- Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral em Saúde Mental Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação da Atenção Básica. (2004a). *Saúde Mental e Atenção Básica - O Vínculo e o Diálogo Necessários Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica*. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Brasília: DF. Autor. Retirado em 06/12/2005, do Portal : <http://www.saude.gov.br>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental. (2004b). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Brasília: DF. Autor. Retirado em 06/12/2005, do Portal : <http://www.saude.gov.br>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Coordenação-Geral de Documentação e Informação. Centro Cultural da Saúde. (2005). *Memória da loucura: apostila de monitoria*. (Série J. Cadernos Centro Cultural da Saúde). Brasília: DF. Autor. Retirado em 06/12/2005, do Portal : <http://www.saude.gov.br>
- Brasil. Portaria SNAS nº 224 de 29 de janeiro de 1992.
- Brasil. Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001.
- Brasil. Portaria GM nº 336 de 19 de fevereiro de 2002.

Carreira, D. & Pandjarian, V. (2003). *Vem pra roda! vem pra rede!: Guia de apoio à construção de redes de serviços para o enfrentamento da violência contra a mulher*. São Paulo: Rede Mulher de Educação. Retirado em maio de 2006 no World Wide Web: www.redemulher.org.br.

Figueiredo, V.V. & Rodrigues, M.M.P. (2004). Atuação do Psicólogo nos CAPS do Espírito Santo. *Psicologia em Estudo*, 2(9), 173-181. Retirado em 01/12/2006, do Scielo (Scientific Eletronic Library Online) no World Wide Web: www.scielo.com.br.

Hirdes, A. (2001). *Reabilitação psicossocial: Dimensões teórico-práticas do processo*. Erechim: Edifapes.

Onocko-Campos, R. T. O. & Furtado, J. P. (2006). Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 22 (5), 1053-1062. Retirado em 01/08/2006, do Scielo (Scientific Eletronic Library Online) no World Wide Web: www.scielo.com.br.

Pinheiro, D. P. N. (2004). A resiliência em discussão. *Psicologia em Estudo*, 1(9), 67-75. Retirado em 01/12/2006, do Scielo (Scientific Eletronic Library Online) no World Wide Web: www.scielo.com.br.

Pesce, R. P., Assis, S. G., Santos, N. & Oliveira, R. V. C. (2004). Risco e proteção: Em busca de um equilíbrio promotor de resiliência psicologia. *Teoria e Pesquisa*, 2(20), 135-143.

Reis, A. O. A., Marazina, I. V. & Gallo, P. R. (2004). A humanização na saúde como instância libertadora. *Saúde e Sociedade*, 13(3), 36-43. Retirado em 10/07/2006, do Scielo (Scientific Eletronic Library Online) no World Wide Web: www.scielo.com.br.

Rio Grande do Sul. Lei de Reforma Psiquiátrica nº 9.716, de 7 de agosto de 1992.

- Rodrigues, C. R. & Figueiredo, M. A. C. (2003). Concepções sobre a doença mental em profissionais, usuários e seus familiares. *Estudo em Psicologia*, 8(1), 117-125. Retirado em 06/12/2005, do Scielo (Scientific Eletronic Library Online) no World Wide Web: www.scielo.com.br.
- Serrano, A.I. (1992). *O que é Psiquiatria Alternativa*. 7ª ed. São Paulo: Editora Brasiliense.
- Silva, M.B.B. (2005). Atenção Psicossocial e gestão de populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 15 (1), 127-150. Retirado em 01/12/2006, do Scielo (Scientific Eletronic Library Online) no World Wide Web: www.scielo.com.br.
- Silveira, D.P. & Vieira, A. L. S. (2005). Reflexões sobre a ética do cuidado em saúde: desafios para a atenção psicossocial no Brasil. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 1, 92-101. Retirado em 01/12/2006, do Scielo (Scientific Eletronic Library Online) no World Wide Web: www.scielo.com.br.
- Tavares, J. (2002). A resiliência na sociedade emergente. Em Tavares J. (Ed.), *Resiliência e educação* (pp. 43-75). São Paulo: Cortez.
- Yunes, M. A. M. (2003). Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na Família. *Psicologia em Estudo*, num. esp (8), 75-84. Retirado em 01/12/2006, do Scielo (Scientific Eletronic Library Online) no World Wide Web: www.scielo.com.br.

ANEXO

Anexo A

CARTA DO I ENCONTRO NO VALE DO PARANHANA EM SAÚDE MENTAL COLETIVA

Após reunimo-nos na tarde do dia 17 de maio de 2006 para falarmos sobre as Diferentes Formas de Atenção em Saúde Mental Coletiva, propomos:

- ✓ *Que o atendimento à Pessoa envolve o cuidado à família, esta entendida de forma extensa;*
- ✓ *A criança como anúncio de uma situação que pede um cuidado como situação específica;*
- ✓ *No cuidado da criança também se faz importante o cuidado em outros ambientes como a escola como sendo um fator protetivo;*
- ✓ *Na atenção a Pessoa em estado de sofrimento psíquico, identificar as Pessoas que podem dar apoio age como fator de proteção;*
- ✓ *Manter espaços abertos de discussão sobre atividades em Saúde Mental Coletiva;*
- ✓ *Orientação e suporte famílias no cuidado dos membros da família que se encontra em situação de fragilização;*
- ✓ *Orientação das Famílias na atenção aos idosos;*
- ✓ *Criação de redes de cuidado cada vez e abrangentes;*
- ✓ *Participação de outras instâncias da Secretaria de Cultura e da Indústria e Comércio, na promoção de atividades culturais como fator de prevenção de população e promoção de saúde;*
- ✓ *Ações que promovam a reinserção sociais e laborais;*
- ✓ *Criação de espaços e ações de socialização saudáveis;*
- ✓ *Estratégias de prevenção mais atuantes, visando não apenas o não abuso de substâncias mas também que resgatem a valorização da vida;*
- ✓ *Estabelecer parcerias com os meios de comunicação para divulgação das ações de saúde;*
- ✓ *Criação do Encontro de Valorização da Vida.*